

調査票

調査年月日		令和	年	月	日	受付番号		
フリガナ					男・女	生年月日	明治・大正・昭和	
入所申込者名						年	月 日(歳)	
本人の状況	介護認定	申請(更新・変更)中・済			被保険者番号			
	要介護度	1・2・3・4・5			認知症行動	ほぼ毎日・週1~2回程度・なし		
	認定有効期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日						
	療育手帳・精神保健福祉手帳の有無				有(級)・無			
身体障害者手帳・原爆手帳等の有無				有(級)・無				
介護サービス等の利用状況	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム(ケアハウス) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 介護付き有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 住宅型有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> その他()						
		年 月頃 より入所・入院中			施設名			
	居宅介護サービス別単位	訪問介護	単位	<input type="checkbox"/> 通所リハ				単位
		訪問入浴介護	単位	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護				単位
	単包括	訪問看護	単位	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護				単位
訪問リハ		単位	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護				単位	
通所介護		単位	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護				単位	
上記合計	0 単位 ÷ 26,135 × 10 =					0 割		
単包括		<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 上記サービスの利用頻度 <input type="checkbox"/> 週5日以上 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週2日以下						
介護者等の状況	介護者1	フリガナ			同居・別居		家族の構成	
		氏名			年齢	歳		
		続柄						
	住所	〒						
	介護者2	フリガナ			同居・別居			
		氏名			年齢	歳		
続柄								
住所	〒							
介護者の障がい・疾病等		<input type="checkbox"/> 介護困難		<input type="checkbox"/> 多少困難		<input type="checkbox"/> 介護可能		
複数介護・育児・就労		<input type="checkbox"/> 無し		<input type="checkbox"/> 有り				
他の介護協力		<input type="checkbox"/> ほとんど無し		<input type="checkbox"/> 随時有り		<input type="checkbox"/> 常時有り		
住居	市内外の居住状況	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外						
特記事項	家族等による介護拒否	<input type="checkbox"/> 理由:						
	遠距離介護	<input type="checkbox"/> 理由:						
	長期にわたる介護	<input type="checkbox"/> 理由:						
	サービス不十分	<input type="checkbox"/> 理由:						
	施設等からの退所	<input type="checkbox"/> 理由:						
	住環境問題	<input type="checkbox"/> 理由:						
	居宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 理由:						
	在宅における医療的処置	<input type="checkbox"/> 理由:						
	特に考慮すべき認知症症状	<input type="checkbox"/> 理由:						
	地域への配慮	<input type="checkbox"/> 理由:						
その他	<input type="checkbox"/> 理由:							
	<input type="checkbox"/> 理由:							
備考								

調査担当者名		事業所名	電話番号 ()
施設受付担当者名		職種	施設長 生活相談員 ケアマネ その他()

※裏面もご記入ください。

入居申込状況表

氏名			
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ()		
要介護	1・2・3・4・5		
現在の居住地	在宅・施設等(令和 年 月～)		
現症			
既往歴			
認知症	有・無	頻度	ほぼ毎日 ・ 1～2回/週
		具体的症状	
	認知症高齢者の日常生活自立度	I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M	
食事状況	介助有・無	食事形態	主食: 副食: 水分: トロミ(あり・なし)
		介助内容等	
排泄状況	介助有・無	排泄状況	日中: 夜間:
		介助内容等	
入浴状況	介助有・無	入浴状況	一般浴 ・ 機械浴 ・ シャワー浴
		介助内容等	
身体状況	麻痺 有・無 (上肢 下肢)		視力 () 眼鏡 有・無
	拘縮 有・無 (上肢 下肢)		聴力 () 補聴器 有・無
	筋力低下 有・無 (上肢 下肢)		義歯 有・無 ()
歩行状況	独歩 歩行状態(杖・手引き・歩行器等) 車椅子(全介助・一部介助・自走)		
障害者手帳等の有無	有・無		
負担限度額の有無	有・無	1段階・2段階・3段階・4段階	
サービス利用状況	有・無	デイサービス(日/週) デイケア(日/週) ショート(日)	
		ヘルパー() 訪問看護()	
ご相談内容			
その他			
備考			