

記入例

調査票

調査年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	受付番号	
フリガナ	ロクスケ タロウ	生年月日	明治・大正・昭和 ○年 4月 1日 (89 歳)
入所申込者名	鹿助 太郎	性別	男・女
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
	認定有効期間	令和 × 年 × 月 × 日 ~ 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(2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 checked="" 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()	
	居宅介護サービス別単位	<input type="checkbox"/> 訪問介護 単位 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 単位 <input type="checkbox"/> 訪問看護 単位 <input type="checkbox"/> 訪問リハ 単位 <input type="checkbox"/> 通所介護 単位	<input type="checkbox"/> 通所リハ 単位 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 単位 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 単位 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護 単位 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 単位
	上記合計	0 単位 ÷ 26,022 × 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 鹿助 ハナコ 氏名 鹿助 花子 続柄 妻 住所 〒×××-×××× 福岡市南区○○△丁目△-△	同居・別居 年齢 85 歳 家族の構成 *1..介護者1 *2..介護者2 同居者を○で囲む
	介護者2	フリガナ 鹿助 イチロウ 氏名 鹿助 一郎 続柄 長男 住所 〒×××-×××× 福岡市南区○○△丁目△-△	同居・別居 年齢 57 歳
	介護者の障がい・疾病等	<input checked="" type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少困難 <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 複数介護・育児・就労 <input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 他の介護協力 <input type="checkbox"/> ほとんど無し <input type="checkbox"/> 随時有り <input checked="" type="checkbox"/> 常時有り	
	住居	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 理由: 老健の入所期間が定まっている	
	住環境問題	<input checked="" type="checkbox"/> 理由: 車椅子で移動しているが、部屋が2階。また、通路が狭い	
	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:		
備考	現在、老健に入所中ですが在宅での介護を勧められています。しかし妻(花子)は高齢で体も弱い為自宅での介護が困難です。鹿助荘は自宅からも近い為入所を希望します。		

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()

入居申込状況表

記入例

氏名	鹿助 太郎				
生年月日	明治・大正・昭和	〇年	4月	1日	(89)
要介護	1・2・3・4・5				
現在の居住地	在宅・施設等(老人保健施設 ×××× 令和 〇年 〇月～)				
現症	脳梗塞後遺症、高血圧、アルツハイマー型認知症、慢性心不全				
既往歴	左大腿部骨折(令和元年、7月)、脳梗塞(令和2年、7月) 誤嚥性肺炎(令和2年、8月)				
認知症	有・無	頻度	ほぼ毎日・1～2回/週		
		具体的症状	急な立ち上がりなどは見られないが、会話が成立しないことがある。		
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:普通 副食:軟菜 水分:トロミ(あり・なし)		
		介助内容等	左麻痺の為、右手でスプーン、フォークを使用して食べている		
排泄状況	介助有・無	排泄状況	日中:リハビリパンツ+パット 夜間:オムツ+パット		
		介助内容等	日中はトイレに職員が誘導している。ズボンの上げ下ろしの介助をしていただいている。		
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	一般の浴槽への出入りは困難。リフトは怖いと言っており、シャワー浴		
身体状況	麻痺有・無	右 upper limb	左 upper limb	右 lower limb	左 lower limb
	視力	() 眼鏡有・無			
	拘縮有・無	右 upper limb	左 upper limb	右 lower limb	左 lower limb
歩行状況	筋力低下有・無	upper limb	lower limb	義歯有・無	()
	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	精神障害者手帳の有無	有・無	被爆者健康手帳の有無	有・無
介護負担限度額の有無	有・無	1段階・2段階・3段階①・3段階②・4段階・申請中			
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()	福祉用具()	
ご相談内容	令和元年に骨折後足が悪くなり、歩行器を使用して移動していましたが、令和2年に脳梗塞で〇〇病院へ緊急搬送、後遺症として左片麻痺となりました。特に左上肢に関しては拘縮も強いです。リハビリを続けていましたが、車椅子での移動となり、認知症状も出てきて在宅での介護が継続困難となりました。現在は老健に入所中です。				
その他	食事は少し食べこぼしがある為、エプロンを使用しています。車椅子は普通の物を使用しています。自操作は練習しているのですが、中々定着しないようで、日中は殆ど動かず、テレビを見ています。				
備考	二世帯住宅で、父母と一緒に生活していました。母は足が悪く要支援1で介護サービスを使用しており、父の介護は難しいです。また、長男夫婦は共働きで、常時介護は困難です。				

※介護保険負担限度額認定証の段階の見方がわからない際には、お訊ねください。