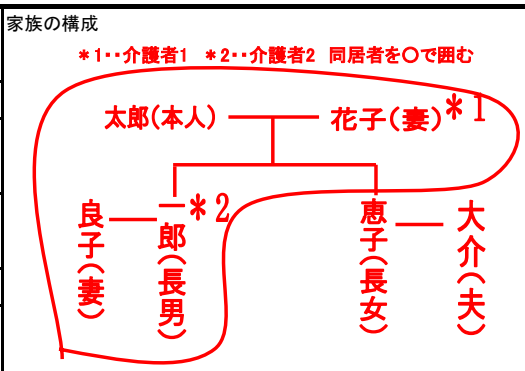


記入例

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()	
	居室	〇〇年 〇月頃 より入所・入院中	施設名
	サービス別単位	<input type="checkbox"/> 訪問介護 単位 <input type="checkbox"/> 通所リハ 単位 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 単位 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 単位 <input type="checkbox"/> 訪問看護 単位 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 単位 <input type="checkbox"/> 訪問リハ 単位 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護 単位 <input type="checkbox"/> 通所介護 単位 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 単位	
	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	ロクスケ ハナコ
		氏名	鹿助 花子
		続柄	妻
		住所	〒×××-×××× 福岡市南区〇〇△丁目△-△
介護者2	フリガナ	ロクスケ イチロウ	同居・別居
	氏名	鹿助 一郎	同居・別居
	続柄	長男	年齢 57 歳
	住所	〒×××-×××× 福岡市南区〇〇△丁目△-△	
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
複数介護・育児・就労		<input type="checkbox"/> 無し	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 常時有り
住居	市内外の居住状況	<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	
	居室サービス利用状況	<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(上肢・左下肢)	左(上肢・左下肢)	視力() 眼鏡 有・無
	拘縮	有・無	右(上肢・左下肢)	左(上肢・左下肢)	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	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。