

調査票

記入日	年 月 日		記入者	名前		入所申込者との関係		
				所属				
				所属住所	〒			
				電話	() -			
入所申込者の状況	フリガナ			生年月日	年 月 日		施設記入欄	
	名前							
	現住所	〒						
	医療状況	現在治療中の病名						
		主治医病院名・病院住所・担当医師名						
在宅サービス利用率	〔 〕 %		※申込日の属する月の前3か月について、〔利用単位合計÷支給限度額合計〕(少数点以下四捨五入)により算出					
入所申込者の身体状況	視力	□普通 □弱視 □全盲 眼鏡使用: □有 □無		着脱衣	□自立 □見守り □一部介助 □全介助			
	聴力	□普通 □やや難聴 □難聴 補聴器使用: □有 □無		排泄	□トイレ □ポータブルトイレ □オムツ (自立・声がけ誘導・一部介助・全介助)			
	意思疎通	□可 □ときどき可 □ほとんど不可 □不可		移動	□歩行(自力・杖・歩行器) □車椅子(自力・介助) □不可			
	食事	□自立 □見守り □一部介助 □全介助		入浴	□自立 □一部介助 □全介助			
入所申込者の身体状況	整容	洗面: □自立 □一部介助 □全介助 歯磨き: □自立 □一部介助 □全介助 入れ歯: □有 □無						
	認知症・精神状態等	<input type="checkbox"/> 認知症 有〔認知症高齢者の日常生活自立度: 〕 <input type="checkbox"/> 認知症の行動・心理症状(BPSD) 有 <input type="checkbox"/> 精神障がい 有 <input type="checkbox"/> 知的障がい 有 ※上記項目に該当がある場合は、下欄に認知症や精神障がい等に伴う行動や症状等を具体的に記載 () <input type="checkbox"/> 特になし						
	手帳の有無	身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障がい名:) 療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級:) 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級:)						

介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいるため介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢・病気等で十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障がい等を有するなど、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が長期入院中で、介護が困難 <input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない ※該当する状況にチェックしてください(複数回答可)	
	介護 在宅生活が困難な理由(次の該当する選択肢にチェックし、具体的内容を記載)	
支援専門員等	<input type="checkbox"/> 本人の心身の状況 内容：)
	<input type="checkbox"/> 経済的理由 内容：	
	<input type="checkbox"/> 家族の介護負担 内容：	
	<input type="checkbox"/> 住環境 内容：	
	<input type="checkbox"/> その他 内容：	
の意見	その他特記事項	

※各項目については、原則介護支援専門員、病院・施設の相談員等、入所申込者の状況を把握している方が記入してください。