

調査票

記入日

年 月 日

記入者

名前

所属

所属住所

電話

() -

入所申込者の状況

施設記入欄

名前

生年月日

年 月 日

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

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

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

身体状態等

認知症・精神状態等

□認知症 有〔認知症高齢者の日常生活自立度:()〕
□認知症の行動・心理症状(BPSD) 有
□精神障がい 有 □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
()
□特になし

状況等

手帳の有無

身体障がい者手帳 □無 □有(種 級／障がい名:())
療育手帳 □無 □有(等級:())
精神障がい者保健福祉手帳 □無 □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		<input type="checkbox"/> 本人の心身の状況 内容：)
	援		<input type="checkbox"/> 経済的理由 内容：)
専	<input type="checkbox"/> 家族の介護負担 内容：)		
門	<input type="checkbox"/> 住環境 内容：)		
員	<input type="checkbox"/> その他 内容)		
等			
の	その他特記事項		
意			
見			

※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。