

(別紙様式2)

【要介護1～5共通】

記入日 令和 年 月 日

※原則、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が記載願います。

調 査 票

記 載 者	事業所名																
	所在地	〒															
	担当者名																
	電話	()					携帯	()									
入 所 申 込 者 の 状 況	フリガナ						生年月日	明・大・昭	年	月	日	(満 歳)	施 設 記 入 欄				
	氏 名	印					性 別	男 ・ 女									
	住 所						電 話	() -									
	保険者						要介護状態区分	要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)									
	保険者番号						被保険者番号										
	要介護認定有効期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日															
	居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー)	☐ いる ☐ いない	事業所名														
			担当者氏名			電話											
	医療状況	現在治療中の病名	(☐ 通院 ☐ 入院・所)														
		医療機関名						担当医師名									
		入院・所の場合	ヶ月間					電話									
		医療機関住所															
	利用中の居宅サービス	☐ 訪問介護(ホームヘルプ)	週					回程度利用	在宅サービス利用率 (直近3ヶ月間の平均) %								
		☐ 訪問看護	週					回程度利用									
		☐ 訪問リハビリテーション	週					回程度利用									
		☐ 通所介護(デイサービス)	週					回程度利用									
		☐ 通所リハビリテーション	週					回程度利用									
		☐ 短期入所生活介護(ショートステイ)	週					回程度利用									
☐ その他(種類:)		週					回程度利用										
☐ 介護サービスは利用していない																	
居 住 状 況	☐ 自宅	☐ 独居															
		☐ 介護困難家族等と同居	☐ 高齢者(65歳以上)のみ世帯 ☐ 家族が障害や疾病 ☐ 家族が就労 ☐ 他の家族等の世話(育児等) ☐ その他()														
			☐ 介護可能家族等と同居														
	☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護療養型医療施設 ☐ 介護療養型医療施設以外の病院 ☐ グループホーム ☐ ケアハウス(□特定) ☐ 有料老人ホーム(□特定) ☐ サービス付き高齢者向け住宅(□特定) ☐ 養護老人ホーム(□特定) ☐ その他(施設名等:) ※別居家族(☐ 介護困難 ☐ 介護可能 ☐ 別居家族なし)																

入所申込者の身体状況等	視力	☐ 普通 ☐ 弱視 ☐ 全盲 メガネ等使用: ☐ 有 ☐ 無	麻痺	☐ 有(左・右・両上肢/左・右・両下肢) ☐ 無
	聴力	☐ 普通 ☐ やや難聴 ☐ 難聴 補聴器使用: ☐ 有 ☐ 無	拘縮	☐ 有(肩・肘・指・股・膝・足) ☐ 無
	意思疎通	☐ 可 ☐ 一部可 ☐ 不可	移動	☐ 歩行(自力・杖・歩行器) ☐ 車椅子(自力・介助)
	食事	☐ 自立 ☐ 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等	着脱衣	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 衣服の準備、選択	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
	排泄	☐ トイレ ☐ PTイレ ☐ オムツ (自立、声がけ誘導、一部介助、全介助)	対人関係	☐ 協調的 ☐ 普通 ☐ 拒否的
	性格	☐ おとなしい ☐ 好き嫌が多い ☐ その他() ☐ 朗らか ☐ わがまま ☐ 親しみやすい ☐ 頑固 ☐ 几帳面 ☐ 短期 ☐ 人に溶け込めない ☐ 無口 ☐ 凝り性 ☐ 融通がきかない		
	認知症・精神状態	☐ 認知症有〔認知症高齢者の日常生活自立度〕 〔 ☐ Ⅱa ☐ Ⅱb ☐ Ⅲa ☐ Ⅲb ☐ Ⅳ ☐ M ☐ 程度不明 ☐ 行動障害少ない又はない ☐ 行動障害有無不明 〕 ☐ 精神的障害有〔特筆すべき症状〕 〔内容〕 ☐ 特になし		
		身体障害者手帳 ☐ 無 ☐ 有(種 級/障害名:)		
特例入所該当事項(認知症、知的障害・精神障害等、深刻な虐待、単身世帯・同居家族が高齢又は病弱 等)				
入所申請に至る生活歴(在宅生活が困難な理由を含む)				
特記事項				