

特別養護老人ホーム さくらの舞

【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	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)	<input type="checkbox"/> いる		事業所名														
		<input type="checkbox"/> いない		担当者氏名							電話							
	医療状況	現在治療中の病名		(<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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) %										
		<input type="checkbox"/> 訪問看護		週		回程度利用												
		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション		週		回程度利用												
		<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)		週		回程度利用												
		<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション		週		回程度利用												
		<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ)		週		回程度利用												
		<input type="checkbox"/> その他(種類:)		週		回程度利用												
		<input type="checkbox"/> 介護サービスは利用していない																
居 住 状 況	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 独居																
		<input type="checkbox"/> 介護困難家族等と同居		<input type="checkbox"/> 高齢者(65歳以上)のみ世帯 <input type="checkbox"/> 家族が障害や疾病 <input type="checkbox"/> 家族が就労 <input type="checkbox"/> 他の家族等の世話(育児等) <input type="checkbox"/> その他()														
		<input type="checkbox"/> 介護可能家族等と同居																
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設以外の病院 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス(□特定) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム(□特定) <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅(□特定) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム(□特定) <input type="checkbox"/> その他(施設名等:)																	
	※別居家族(<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 別居家族なし)																	

入所申込者の身体状況等	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 メガネ等使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	麻痺	<input type="checkbox"/> 有(左・右・両 上肢／左・右・両 下肢) <input type="checkbox"/> 無
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	拘縮	<input type="checkbox"/> 有(肩・肘・指・股・膝・足) <input type="checkbox"/> 無
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可	移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助)
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入所申込者の身体状況等	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 衣服の準備、選択	整容	洗面: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> オムツ (自立、声がけ誘導、一部介助、全介助)	既往歴	1. _____ 発症(年 月 日頃) 2. _____ 発症(年 月 日頃) 3. _____ 発症(年 月 日頃)
	性格			
	認知症・精神状態	<input type="checkbox"/> 認知症有〔認知症高齢者の日常生活自立度〕 <input type="checkbox"/> Ⅱa <input type="checkbox"/> Ⅱb <input type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 程度不明 <input type="checkbox"/> 行動障害少ない又ははない <input type="checkbox"/> 行動障害有無不明		
		<input type="checkbox"/> 精神的障害有〔特筆すべき症状〕 内容 _____ <input type="checkbox"/> 障害高齢者の日常生活自立度〔 _____ 〕		
	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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				