

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。

調查票

記載者	事業所名								
	所在地	〒							
	担当者名								
	電話	()		携帯		()			
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 (ケアマネージャー)	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 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	(<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) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ) <input type="checkbox"/> その他(種類:) 週		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"/> 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"/> 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(<input type="checkbox"/> 特定) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム(<input type="checkbox"/> 特定) <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅(<input type="checkbox"/> 特定) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム(<input type="checkbox"/> 特定) <input type="checkbox"/> その他(施設名等:)						
			<input type="checkbox"/> ※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	
	聽力	<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"/> Pトイレ <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] <div style="border-left: 1px solid blue; padding-left: 10px;"> <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ない <input type="checkbox"/>行動障害有無不明 </div> <input type="checkbox"/> 精神的障害有[特筆すべき症状] <div style="border-left: 1px solid blue; padding-left: 10px;">内容</div> <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:)				
特列入所該当事項(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					