

(別紙様式2)

【要介護1～5共通】

記入日 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	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	年 月 日 ~ 年 月 日														
	居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー)	☐ いる					事業所名									
		☐ いない					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 ☐ 介護医療院 ☐ 介護医療院以外の病院 ☐ 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 ☐ トイレ ☐ 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 ☐ 好き嫌いが多い ☐ 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 各自治体において必要と認められる事情 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				