

調査票

記入者	名前			入所申込者との関係		
	所属					
	所属住所	〒				
	電話	() -				
記入日	年 月 日					
入所申込者の状況	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	名前					
	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				
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 眼鏡使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	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	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ (自立・声がけ誘導・一部介助・全介助)		
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ときどき可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <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) <input type="checkbox"/> 不可		
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <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		
	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				
認知症・精神状態等	<input type="checkbox"/> 認知症 有 [認知症高齢者の日常生活自立度:] <input type="checkbox"/> 認知症の行動・心理症状(BPSD) 有 <input type="checkbox"/> 精神障がい 有 <input type="checkbox"/> 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 () <input type="checkbox"/> 特になし					
	手帳の有無	身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障がい名:) 療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級:) 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級:)				

施設記入欄

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	
況	※該当する状況にチェックしてください(複数回答可)	
介	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)	
護	<input type="checkbox"/> 本人の心身の状況 内容：)
支	<input type="checkbox"/> 経済的理由 内容：	
援	<input type="checkbox"/> 家族の介護負担 内容：	
専	<input type="checkbox"/> 住環境 内容：	
門	<input type="checkbox"/> その他 内容	
員)
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。

介護支援専門員等の意見書

[介護支援専門員等 ⇒ 施設]

居宅介護支援事業所・施設・病院名(担当ケアマネジャー, 相談員等)

所 属
(施設名・病院名)

所 属 住 所

電 話 番 号

() -

記入年月日 年 月 日

記入者名前

介
護
支
援
専
門
員
等
の
意
見

被保険者番号

フリガナ

入所申込者
名 前

生年月日

年 月 日

現在の生活状況で特記すべき事項(在宅生活が困難な状況の要因を記入してください。)

【 緊急性: 有 無 虐待: 有 無 】

入所についての本人及び家族の意思

その他特記すべき事項等

※深刻な虐待が疑われる場合等, 介護支援専門員, 病院・施設の相談員等が特に必要と判断する場合に作成し, 直接施設に提出してください。(作成は任意であり, 入所申込時に必ずしも添付する必要はありません。)