

(別紙様式2)

【要介護1～5共通】

記入日 平成 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。  
尚、記載内容についてお電話でご確認させていただく場合がございますのでご了承ください。

### 調 査 票

記載者	事業所名													
	所在地	〒												
	担当者名・職種	担当者：						職種：						
	電 話	( )				携 帯		( )						
入居申込者の状況	フリガナ					生年月日	明・大・昭 年 月 日(満 歳)					施設記入欄		
	氏 名					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	平成 年 月 日 ~ 平成 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										
		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	独居													
	自宅		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 )														

入居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 困難 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	
	医療面	経管栄養 胃ろう IVH インシュリン注射(朝・昼・夕/単位数: ) 褥瘡(部位: ) 在宅酸素 パルーンカテーテル 人口肛門 人口膀胱 気管切開 その他( )			
	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2				
	着脱衣	自立 一部介助 全介助 衣服の準備、選択: 可 不可	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 P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 朗らか わがまま 親しみやすい 頑固 几帳面 短気 人に溶け込めない 無口 凝り性 融通がきかない その他( )			
	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) ( a b a b 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: )					
特列入居該当事項(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)					
入居申請に至る生活歴(在宅生活が困難な理由を含む)					
特記事項					