

(別紙様式2)

【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。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	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)										
		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"/> 独居													
	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 介護困難家族等同居		<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)														

入居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"/> 困難 <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	
	医療面	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インシュリン注射(朝・昼・夕/単位数:) <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位:) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人口肛門 <input type="checkbox"/> 人口膀胱 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他()			
	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
	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: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	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 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声がけ誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	対人関係	<input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 拒否的	
	性格	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 好き嫌いが多い <input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 人に溶け込めない <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> 凝り性 <input type="checkbox"/> 融通がきかない <input type="checkbox"/> その他()			
	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"/> 特になし			
身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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					