

# 調査票

記入日		年 月 日		記入者	氏名		入所申込者との関係		
					所属名				
					所属住所	〒			
					電話	( ) -			
入所申込者の状況	フリガナ				生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名								
	現住所	〒						施設記入欄	
	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月について、[利用単位合計÷支給限度額合計](小数以下四捨五入)により算出						
入所申込者の身体状況	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"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )					
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> とときどき可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	移動	<input type="checkbox"/> 歩行 ( <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 ) <input type="checkbox"/> 車椅子 ( <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 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"/> 精神的障害 有 <input type="checkbox"/> 知的障害 有 ※上記項目に該当がある場合は、下欄に認知症や精神的障害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	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ( ) 種 ( ) 級 障害名 ) 療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (等級: ( ) ) 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (等級: ( ) )								

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"/> 介護者が病気等により長期入院中で、介護が困難 <input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない ※ 該当する状況にチェックしてください(複数回答可)	
	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)	
支 援 専 門 員 等 の 意 見	<input type="checkbox"/> 本人の心身の状況 (内容: )	
	<input type="checkbox"/> 経済的理由 (内容: )	
	<input type="checkbox"/> 家族の介護負担 (内容: )	
	<input type="checkbox"/> 住環境 (内容: )	
	<input type="checkbox"/> その他 (内容: )	
	その他特記事項  <b>ご家族等の入所に対する意向</b> <input type="checkbox"/> 順番が来れば入所したい <input type="checkbox"/> 今の生活場所での生活を継続したい <input type="checkbox"/> その他	

※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者が記入すること。