

調査票

記入日		平成 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	明・大・昭 年 月 日	施設記入欄	
	氏名							
	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 (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)	
介 護 支 援 専 門 員 等 の 意 見	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)	
	<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	

※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。