

No.1

居宅介護支援事業所・施設・病院名(担当ケアマネージャー)

入所希望者についての調査票

(事業者名)

(住 所) 〒

(電話番号)

(記入者氏名)

記入年月日 令和 年 月 日

ふりがな

生年月日 明・大・昭 年 月 日 (歳)

氏 名

性 別

男 ・ 女

住 所 〒

電 話

()

介護保険保険者

要介護状態区分等

要介護(1・2・3・4・5)

保険者番号

被保険者番号

認定有効期限

令和

年

月

日

～ 令和

年

月

日

入
所
希
望
者
の
状
況ふりがな
氏 名本人との
関係

同居有無

連絡先

家族構成図

※主たる介護者の名前に○をしてください。

現在の生活状況で特記すべきこと。(住宅環境、医療・身体・精神的状況など介護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☐介護者が就業等で介護が困難 ☐複数の要介護者がいるため介護が困難☐介護者が要支援状態・高齢等で十分な介護が困難 ☐介護者が要介護状態・障害を有する等、十分な介護が困難☐介護者が病気等により長期入院中で、介護が困難 ☐身寄りや介護者が誰もいない

入所についての本人・家族の意思

状況調査(該当のものにチェックしてください。複数回答可)

特 記 事 項

麻痺等の有無について

☐ない ☐左上肢 ☐右上肢 ☐左下肢 ☐右下肢 ☐その他

関節の動く範囲の制限の有無について

☐ない ☐肩関節 ☐肘関節 ☐股関節 ☐膝関節 ☐足関節 ☐その他

起き上がりについて

☐つかまらないでできる ☐何かにつかまればできる ☐できない

両足での立位保持について

☐支えなしでできる ☐何か支えがあればできる ☐できない

状況調査(該当のものにチェックしてください。複数回答可)		特記事項
入 所 希 望 者 の 状 況	移動について	
	☐ 歩行 (☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ シルバーカー ☐ 歩行器) ☐ 車椅子 (☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助) ☐ ストレッチャー ☐ その他()	
	移乗について	
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	立ち上がりについて	
	☐ つかまらないでできる ☐ 何かにつかまればできる ☐ できない	
	食事摂取について:入歯の有無 ☐ 有 ☐ 無	
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養	
	※主食 ☐ 普通食 ☐ 軟食 ☐ ミキサー ☐ その他()	
	※副食物 ☐ 普通 ☐ きざみ ☐ ミキサー ☐ その他()	
	入浴について:頻度 ☐ 毎日 ☐ 2～3日に1度 ☐ その他()	
	☐ 普通浴槽 ☐ 特殊浴槽() ☐ その他()	
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	排尿について	
	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 尿器 ☐ 特殊パンツ ☐ オムツ	
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	排便について	
	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 差込便器 ☐ 特殊パンツ ☐ オムツ	
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	衣服の着脱について	
☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
金銭の管理について		
☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
日常の意思決定について		
☐ できる ☐ 特別な場合を除いてできる ☐ 日常的に困難 ☐ できない		
視力について:眼鏡の有無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ その他()		
☐ 日常生活に支障がない ☐ 近距離であれば見える ☐ ほとんど見えない		
聴力について:補聴器の有無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ その他()		
☐ 日常生活に支障がない ☐ 大きな声なら聞き取れる ☐ ほとんどきこえない		
意思の伝達について		
☐ できる ☐ 時々できる ☐ できない		

状況調査(該当のものにチェックしてください。複数回答可)		特記事項
入 所 希 望 者 の 状 況	指示への反応について	
	☐ 通じる ☐ 時々通じる ☐ 通じない	
	性格について	
	☐ おとなしい ☐ 朗らか ☐ 親しみやすい ☐ 几帳面 ☐ 内向的 ☐ 頑固	
	☐ 凝り性 ☐ わがまま ☐ 頑固 ☐ 短気 ☐ 無口 ☐ 融通がきかない	
	対人関係について	
	☐ 協調的 ☐ 普通 ☐ 拒否的	
	精神状態等について(特記事項欄に状態を必ず記入して下さい)	
	☐ 精神的障害有 ☐ 特になし	
	記憶・理解について	
	毎日の日課を理解することが ☐ できる ☐ できない	
	直前の出来事を思い出すことが ☐ できる ☐ できない	
	自分の名前を答えることが ☐ できる ☐ できない	
	自分がいる場所を答えることが ☐ できる ☐ できない	
	不適応行動について	
	被害的になることが ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	幻覚・幻聴が ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	感情が不安定になることが ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	夜間不眠、昼夜の逆転が ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	暴言、暴行が ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	同じ話、不快な音、大きな声をだすことが ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	介護に抵抗することが ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	目的もなく動き回ることが ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	異食が ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
現在受けている医療について		
☐ 点滴の管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ ストーマーの処置		
☐ 酸素療法 ☐ レスピレーター ☐ 気管切開の処置 ☐ 疼痛の看護		
☐ 経管栄養 ☐ モニター測定 ☐ 褥瘡の処置 ☐ カテーテル		
【既往歴】		
障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ	

※ 当月介護サービス利用票を添付してください。