

(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。

調 査 票

記載者	事業所名													
	所在地	〒												
	担当者名													
	電話	( )				携帯	( )							
入所申込者の状況	フリガナ					生年月日	明・大・昭	年	月	日	(満 歳)	施設記入欄		
	氏 名	印				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 (ケアマネージャー)	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・所)											
		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 )														

入所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 一部可 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
入所申込者の身体状況等	着脱衣	自立 一部介助 全介助 衣服の準備、選択	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 好き嫌が多い その他( ) 朗らか わがまま 親しみやすい 頑固 几帳面 短期 人に溶け込めない 無口 凝り性 融通がきかない		
	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) { 程度不明 a b 行動障害少ない又はない a b M 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: )				
特例入所該当事項(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)				
入所申請に至る生活歴(在宅生活が困難な理由を含む)				
特記事項				