

# 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									
況等	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 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	<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		
意見		

※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。