

調査票

記入日	令和	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	□普通 □弱視 □全盲 眼鏡使用: □有 □無			着脱衣	□自立 □見守り □一部介助 □全介助					
	聴力	□普通 □やや難聴 □難聴 補聴器使用: □有 □無			排泄	□トイレ □Pトイレ □オムツ (自立・声かけ誘導・一部介助・全介助)					
	意思疎通	□可 □ときどき可 □ほとんど不可 □不可			移動	□歩行(自力・杖・歩行器) □車椅子(自力・介助) □不可					
	食事	□自立 □見守り □一部介助 □全介助			入浴	□自立 □一部介助 □全介助					
	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			/						
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:)										

特別養護老人ホーム後楽荘

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)	
介護支援専門員等	<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: _____)	
の意見	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。