

# 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				
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助			
		眼鏡使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<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	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ			
		補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		(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	移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器)				
	<input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助)				
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	<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						
身体状態等	<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) <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 5%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 本人の心身の状況            内容:         </td> <td style="width: 95%;"></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">)</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 経済的理由            内容:         </td> <td></td> <td style="text-align: center;">)</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 家族の介護負担            内容:         </td> <td></td> <td style="text-align: center;">)</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 住環境            内容:         </td> <td></td> <td style="text-align: center;">)</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> その他            内容:         </td> <td></td> <td style="text-align: center;">)</td> </tr> </table> その他特記事項		<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:	
<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:		)														

※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。