

調査票

記入例

(別紙様式2)

記入者	氏名	〇〇 〇〇	入所申込者との関係	担当ケアマネ	
	所属名	居宅介護支援事業所〇〇			
	所属住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市△△町××番□号			
	電話	(〇〇〇) △△△ - ××××			
記入日	令和 〇〇 年 〇 月 〇〇 日				
入所申込者の状況	フリガナ	カイゴ タロウ	施設記入欄		
	氏名	介護 太郎	生年月日	明・大・昭 〇年〇月〇〇日	
	現住所	〒〇〇〇-×××× 〇〇市△△町□□一丁目1番1号			
	医療状況	現在治療中の病名	〇〇症		
		主治医病院名・ 病院住所・ 担当医師名	〇〇病院 〇〇市△△町□□三丁目3番3号 〇〇 〇〇 医師		
	在宅サービス利用率	<input type="text" value="75"/>	※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] (少数以下四捨五入) により算出		
	視力	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		眼鏡使用: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	排泄	<input checked="" 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・ <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助・全介助)	
	聴力	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴	移動	<input checked="" type="checkbox"/> 歩行(<input checked="" type="checkbox"/> 自力・杖・歩行器)	
		補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> 不可	
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ときどき可 <input checked="" type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		洗面: <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯: <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
身体状況等	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症 有 [認知症高齢者の日常生活自立度:Ⅲa] <input checked="" 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 (勝手に食事を出して食べたり、いつの間にか外出してしまう。また、やたらに物を口に入れることもある。) <input type="checkbox"/> 特になし				
	手帳の有無	身体障害者手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障害名:)			
療育手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級:)					
精神障害者保健福祉手帳 <input checked="" 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 checked="" 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)
	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 の 意 見	<input checked="" type="checkbox"/> 本人の心身の状況 内容： 認知症により、食事を勝手に出して食べたり、勝手に外に出て行ってしまふなど、常時見守りが必要な状態であり、日常生活に支障を来している。
	<input type="checkbox"/> 経済的理由 内容：
	<input checked="" type="checkbox"/> 家族の介護負担 内容： 主介護者である妻は〇〇病により体の調子がすぐれないことが頻繁にあり、介護することが難しい。
	<input checked="" type="checkbox"/> 住環境 内容： 住居はかなりの築年数が経っており、廊下幅も狭く段差もあり、階段も急であり、転倒の危険がある。
	<input type="checkbox"/> その他 内容：
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・施設の職員等、入所申込者の状況を把握している者が記入すること。