

(別紙様式2)

記入日 令和 年 月 日

【要介護1～5共通】

※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

社会福祉法人 恵和会

記載者	事業所名											
	所在地											
	担当者名											
	電話		施設記入欄									
入所申込者の状況	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日(満 歳)							
	氏名			印	性別	男 ・ 女						
	住所			電話								
	保険者		要介護区分	要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)								
	保険番号		被保険者番号									
	要介護有効期間		年 月 日 ~			年 月 日						
	居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー)		<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		事業所名		担当者名		電話	()		
	医療状況		現在治療中の病名		(<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院・入所)							
			病院等名		担当医師							
			病院等住所		電話		()					
	利用中の居宅サービス		<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ)			週	回程度利用		サービス利用率 (直近3ヵ月の平均) % (区分支給限度基準額に対する%)			
			<input type="checkbox"/> 訪問看護			週	回程度利用					
			<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション			週	回程度利用					
			<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)			週	回程度利用					
		<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション			週	回程度利用						
		<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ)			週	回程度利用						
		<input type="checkbox"/> その他(種類:)			週	回程度利用						
		<input type="checkbox"/> 介護サービスは利用していない										
居住状況		<input type="checkbox"/> 独居										
		<input type="checkbox"/> 自宅		<input type="checkbox"/> 介護困難家族等と同居		<input type="checkbox"/> 高齢者(65歳以上)のみ世帯						
				<input type="checkbox"/> 家族が障害や疾病		<input type="checkbox"/> 家族が就労						
				<input type="checkbox"/> 他の家族等の世話(育児等)		<input type="checkbox"/> その他()						
		<input type="checkbox"/> 介護可能家族等と同居										
		<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設		<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設		<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設以外の病院						
		<input type="checkbox"/> グループホーム		<input type="checkbox"/> ケアハウス(□特定)		<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム(□特定)						
		<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅(□特定)		<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム(□特定)								
		<input type="checkbox"/> その他(施設名等:)										
		※別居家族(<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 別居家族なし)										

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 メガネ等使用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	麻痺	<input type="checkbox"/> 有(左・右・両 上肢 / 左・右・両 下肢) <input type="checkbox"/> 無	施設記入欄
	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	拘縮	<input type="checkbox"/> 有(肩・肘・指・股・膝・足) <input type="checkbox"/> 無	
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <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)	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <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	
入所申込者の身体状況等	着脱衣	<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： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入歯： <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、声掛け誘導、一部介助、全介助)	対人関係	<input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 拒否的	
	性格	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 好き嫌が多い <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 人に溶け込めない <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> 凝り性 <input type="checkbox"/> 融通がきかない			
	認知症・精神状態	<input type="checkbox"/> 認知症有(認知症高齢者の日常生活自立度) <input type="checkbox"/> Ⅱa <input type="checkbox"/> Ⅱb <input type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> M (医師意見書情報をご記入ください) <input type="checkbox"/> 程度不明 <input type="checkbox"/> 行動障害少ない又はない <input type="checkbox"/> 行動障害有無不明 <input type="checkbox"/> 精神的障害有(特記すべき症状) 内容 <input type="checkbox"/> 特になし 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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・同居家族が高齢者又は病弱等)					
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					

