

申込者連絡先	申込日	平成 年 月 日			事業所記入欄	受付日	平成 年 月 日				
	申込者			続柄			受付番号			担当者	
	〒					履歴	変更・確認内容				
	電話番号	携帯 ()				年 月 日					
						年 月 日					
						年 月 日					

本人の状況	ふりがな 氏名	性別	保険者(番号)	(市・町)									
		男・女	介護保険 被保険者番号										
	生年月日	大正・昭和 年 月 日(満 歳)		要介護度	自立・要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)								
	要介護 認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日迄											
	自宅 住所	〒	電話番号	携帯 ()									
	入居 申込 理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」・「障害」・「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労しており、昼間独居となり十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住している事により、十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退院を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 自宅での生活が不安なため、安心した生活をしたい。 <input type="checkbox"/> その他 ()											
	本人の 入居意向	<input type="checkbox"/> 入居を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難 <input type="checkbox"/> その他 ()											
入居希望 時期	<input type="checkbox"/> 入居可能ならすぐに <input type="checkbox"/> 当面は在宅だが在宅介護が困難になれば <input type="checkbox"/> 退院が決まればすぐに <input type="checkbox"/> その他 ()												
備考													

調 査 票

現 況 (現在の居所)	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている ・入院中(病院名) ・入所中(施設名) 入院又は入所期間：平成 年 月～				
生活状況	移 動	歩行・杖・歩行器・車椅子・スリッパ	介 助：	自立・一部介助・全介助	
	食 事	主) 普通・かゆ・ミキサー(箸・スプーン) 副) 普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー	介 助	自立・一部介助・全介助	
	排 泄	トイレ・ポット・尿器・便器・おむつ	介 助	自立・一部介助・全介助	
	入 浴	介助浴・座浴・特浴	介 助	自立・一部介助・全介助	
	送迎時の介助	車椅子・ストレッチャー 要 ・ 不要			
身体状況	視 力	普通・見えにくい・見えない	身 長	cm	体重 kg
	聴 力	普通・聴こえにくい・聴こえない	精神状態	安定・不安定(幻覚・興奮・攻撃・他)	
	発 語	普通・やや不自由・不自由	認知症	無・有()	
	理 解 力	普通・分かりにくい・分からない	問題行動	無・有(徘徊・不潔行為・他)	
健康状況	現疾患		病 歴		
	主治医	(☎)			
	医療の状況	経管栄養・胃ろう・肝-肺・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・その他()			
	感染症	無・有()	アレルギー	無・有()	
	皮膚刺激	普通・弱い	麻 痺	無・有()	
	便秘	無・有(服薬：無・有)	こ 拘 縮	無・有()	
	睡 眠	良・不良(服薬：無・有)	じくろと 瘡(床づれ)	無・有()	
	えんげ 嚥下(のみ込み)	異常なし・むせる・つめる	湿 疹	無・有()	
入れ歯	無・有 (上・下)	口腔保清	要・不要()		
介護の状況	主たる介護者	() 才) 性別：男・女 続柄()			
	就労状況等	就業中・共働き・育児・その他()			
	介護期間	年 月 頃から	その他の介護者 無・有(名)		
	相談窓口	無・有(介護事業所・役所・在宅介護支援センター・その他()			
	利用している 居宅介護 支援事業所	☎	担 当 ケアマネージャー		
	居宅サービスの利用	<input type="checkbox"/> 有(下記に○印を記入) <input type="checkbox"/> 無			
	申込前月に 利用した サービス (月分)	訪問介護	訪問入浴	訪問看護	
	訪問リハビリ	居宅療養管理指導	通所介護(デイサービス)		
	通所リハビリ	福祉用具貸与	短期入所生活介護(ショートステイ)		
	短期入所療養介護	グループホーム	小規模多機能		
住環境	区 分	持ち家・借家・高層住宅 階(エレベーター 有 ・ 無)			
	住宅改修	可・不可・改修済()			
	立 地 等	在宅サービス利用に問題点 無・有(送迎・訪問・その他)			
【介護上の悩み・困っていること】 ※別の用紙にお書き頂いても結構です。					