

入所申込調査票(在宅生活者用)

記入日 年 月 日

入所希望者氏名					記入者氏名	印
記入者所属・職名 (*)	所属				連絡先 電話番号	入所希望者
	職名					記入者

* 居宅介護支援事業所が記入した場合に記載する。

調査項目	内 容						
介護保険 状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5					
	要介護認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで					
介助の状況	食 事	介助の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助				
		食事の内容	(主食) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 (
			(副食) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 (
	排 泄	介助の状況	(日中) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助				
			(夜間) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助				
		排泄の方法	(日中) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他 (
	入 浴	介助の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助				
			入浴の方法 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 座浴 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> その他 (
	更 衣	介助の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助				
	体位変換	介助の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助				
	移 動	介助の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助				
			<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> いざり <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(自操 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)				
			<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 (
トランスファー <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 不可							
【その他介助の状況に関する特記事項】							
身体 の 状 況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 視力がない					
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 聴力がない					
	発語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 発語ができない					
	障害者 手帳等 の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【障害者手帳等】					
		手帳等の種類					
		障 害 名					
		障害の程度(級・度)					
	【その他身体の状況に関する特記事項】						

調査項目	内 容																		
医療の状況	<input type="checkbox"/> 疾病又は処置(*)があり、常時の看護又は見守りが必要。 *経管栄養、在宅酸素、胃ろう等 <input type="checkbox"/> 疾病又は処置があるが、常時の看護又は見守りは不要。 <input type="checkbox"/> 特に疾病又は処置はない。																		
	<p align="center">【疾病又は処置がある場合のその状況】</p>																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="309 405 507 465">主な疾病名又は処置名</th> <th data-bbox="507 405 1243 465">治療の状況</th> <th data-bbox="1243 405 1437 465">医療機関名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="309 465 507 539"></td> <td data-bbox="507 465 1243 539"> <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度 </td> <td data-bbox="1243 465 1437 539"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="309 539 507 613"></td> <td data-bbox="507 539 1243 613"> <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度 </td> <td data-bbox="1243 539 1437 613"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="309 613 507 687"></td> <td data-bbox="507 613 1243 687"> <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度 </td> <td data-bbox="1243 613 1437 687"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="309 687 507 761"></td> <td data-bbox="507 687 1243 761"> <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度 </td> <td data-bbox="1243 687 1437 761"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="309 761 507 835"></td> <td data-bbox="507 761 1243 835"> <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度 </td> <td data-bbox="1243 761 1437 835"></td> </tr> </tbody> </table>	主な疾病名又は処置名	治療の状況	医療機関名		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度	
	主な疾病名又は処置名	治療の状況	医療機関名																
		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度																	
		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度																	
		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度																	
	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度																		
	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度																		
<p>【その他疾病又は処置に関する特記事項】</p>																			
認知症の度合い	<input type="checkbox"/> IV以上 <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> なし * 認知症の度合いは、「認知症老人の日常生活自立度判定基準」(平成5年10月26日老健136号厚生省老人保健福祉局長通知)による。																		
	<p>【認知症の状態にある場合のその状態に関する特記事項】</p>																		

調査項目	内 容						
生活環境	単身・同居の別	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居(子の家等に同居する場合も含む) 【家族がいる場合の家族構成】 <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>					
	住居の状況	<input type="checkbox"/> 介護に適していない箇所が多い <input type="checkbox"/> ある程度介護に適した状態で整備されているが、介護に適していない箇所が一部ある <input type="checkbox"/> ほぼ介護に適した状態で整備されている。					
介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者(*)がない <input type="checkbox"/> 介護者がいる * 同居の家族のほか、同居の家族以外の肉親、親類、縁者等も含むが、介護保険等の保健医療福祉サービスによる介護者は除く。以下同じ。						
	【介護者がいる場合の主たる介護者の状況及び負担(*)の予定】 * 肉体的、精神的、経済的負担等を指す。						
	氏名	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">入所希望者 との続柄</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">年齢</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">満 () 歳</td> </tr> </table>		入所希望者 との続柄		年齢	満 () 歳
		入所希望者 との続柄		年齢	満 () 歳		
	同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住)					
	就労等の状況	週 回、 1日当たり 時間、 に従事					
対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。						
介護の負担	<input type="checkbox"/> 負担が大きい <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい <input type="checkbox"/> 負担が少ない						
介護者に関する特記事項	<div style="border: 1px solid black; height: 100%; width: 100%;"></div>						

調査項目	内 容																		
介護保険の居宅サービス又は介護保険以外の福祉サービス等の利用状況	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない																		
	【利用する場合の予定】																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="387 293 544 329">サービス種類</th> <th colspan="2" data-bbox="544 293 1437 329">利用頻度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="387 329 544 365">介護保険の</td> <td data-bbox="544 329 735 365">週・月()回</td> <td data-bbox="735 329 1437 365">1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td data-bbox="387 365 544 400">居宅サービス</td> <td data-bbox="544 365 735 400">週・月()回</td> <td data-bbox="735 365 1437 400">1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td data-bbox="387 400 544 436">(*)の利用</td> <td data-bbox="544 400 735 436">週・月()回</td> <td data-bbox="735 400 1437 436">1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td data-bbox="387 436 544 472">予定</td> <td data-bbox="544 436 735 472">週・月()回</td> <td data-bbox="735 436 1437 472">1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td colspan="3" data-bbox="387 472 1437 548" style="text-align: center;">全サービス合わせて、支給限度額の()%程度利用予定</td> </tr> </tbody> </table>	サービス種類	利用頻度		介護保険の	週・月()回	1回当たり()時間・日程度	居宅サービス	週・月()回	1回当たり()時間・日程度	(*)の利用	週・月()回	1回当たり()時間・日程度	予定	週・月()回	1回当たり()時間・日程度	全サービス合わせて、支給限度額の()%程度利用予定		
	サービス種類	利用頻度																	
	介護保険の	週・月()回	1回当たり()時間・日程度																
居宅サービス	週・月()回	1回当たり()時間・日程度																	
(*)の利用	週・月()回	1回当たり()時間・日程度																	
予定	週・月()回	1回当たり()時間・日程度																	
全サービス合わせて、支給限度額の()%程度利用予定																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="387 548 544 584">サービス種類</th> <th data-bbox="544 548 1437 584">利用頻度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="387 584 544 840">介護保険以外の福祉サービス等の利用予定</td> <td data-bbox="544 584 1437 840"></td> </tr> </tbody> </table>	サービス種類	利用頻度	介護保険以外の福祉サービス等の利用予定																
サービス種類	利用頻度																		
介護保険以外の福祉サービス等の利用予定																			
<table border="1"> <tbody> <tr> <td data-bbox="387 840 544 1059">対応状況</td> <td data-bbox="544 840 1437 1059"> <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。 </td> </tr> </tbody> </table>	対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。																	
対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。																		
* 居宅療養管理指導、認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護を除く福祉用具貸与については、利用回数欄に福祉用具の品目を記載																			
その他入所申込みに関して特に留意すべき事項	(前記調査項目以外で、入所申込みに関して特に留意すべき事項があれば記入してください。)																		

