入所申込調査票

氏 名	被保険者番号		
担当ケアマネージャー	居宅名		
調査年月日	平成 年 月 日 連 絡 先		
現状	□ 自宅 □ 病院 □ 特養 □ 老健 □療養型 □ その他 (
使用施設名	() ※自宅使用等の場合は無記入		
使用施設名	利用している介護保険サービス		
	□ 訪問介護 □ 通所リハ □ 通所介護 □ 短期入所 □ 小規模多機能型居宅介護		
	□その他(
	調査時点での在宅サービスの利用単位数 単位		
	他施設申込み状汤(
健康保険	種別 年金等 種別		
障害手帳等	□ 無 □ 有 (手帳の種類 障害名		
	判定(その他		
食事	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助 □ 入れ歯(
	主食 一普通 一お粥 日 まキサー 食事制限(
	副食 □ 普通 □ きざみ □ ミキサー (
	嚥下 □普通 □時々むせる□ 毎回むせる		
入浴	□ 自立 □一部介助 □全介助 (□特浴 □中間浴□一般浴□夜間浴		
着 脱 衣	□ 自立 □一部介助 □全介助		
	□ 自立 □一部介助 □全介助		
 排	排泄状況 (
,,,	下剤服用 (口 有 口 無 便 日 回		
	失禁 (
移 動	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助 □ 一部介助 □ 一部介助 □ 一		
	歩行状況 (□ 自立歩行 □ 杖歩行 □ 立位不可 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		
	移動補助具の使用 (歩行器 シルバーカー 厘 車椅子等		
	状況(
視力	□ 普通 □ 弱視 □ 全盲 □ □ □ □ □ □ □ □ □		
	【		
聴力	│ □ 普通 □ 大声が聞こえる □ ほとんど聞こえない		
^	状況 (
言語・会話	┃ □ 普通 □ 不明瞭 □ 失語 □ 会話不能 (

	□ 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している		
認知症等	□ 日常生活に支障があるような症状がみられるが、誰かが注意していれば自立できる		
	□ 日常生活に支障があるような症状がみられ、介護を必要とする		
	□ 日常生活に支障があるような症状が頻繁にみられ、常に介護を必要とする		
	┃ ■ 著しい精神症状や問題行動がみられ、専門医療を必要とする		
	┏ 自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動、あるいは □ 精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。		
かかりつけ医	□ 無 □ 有 病院名	立 主治医名	
	病院名	主治医名	
	病院名	主治医名	
服薬状況	※病院からの服薬説明書のコピーを添付して下さい。		
現 病 歴	年 月(頃) ()	
	年 月(頃)()	
既 往 歴	年 月(頃) ()	
	年 月(頃) ()	
医療の状況	□ 経管栄養 □ 胃ろう□在宅酸素 □ インシュリン注射		
	□ その他[
特記事項			