

# 入所申込調査票

氏名		被保険者番号	
調査年月日	令和 年 月 日	調査者氏名	
現 状	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	調査時点での在宅サービスの利用単位数		単位
健康保険	種別	年金等	種別
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 手帳の種類 障害名 ) 判定 ( その他 )		
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 入れ歯 ( )		
	内容	主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( ) 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 細食 <input type="checkbox"/> ミキサー ( ) <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク 食事制限 ( )	
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> 中間浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 夜間浴 )		
着 脱 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	排泄状況 ( <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ等 )		
	下剤服用 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 便 日 回 ) 失 禁 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )		
移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介 <input type="checkbox"/> 全介助		
	歩行状況 ( <input type="checkbox"/> 自立歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 立位不可 )		
	移動器具の使用 ( <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子等 ) 状 況 ( )		
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 色弱 <input type="checkbox"/> 色盲 <input type="checkbox"/> 全盲		
	眼鏡等使用 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 状 況 ( )		
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きい声は聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴 状 況 ( )		
言 語 ・ 会 話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 会話不能		
認 知 症 等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 程 度 ( <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 )		
	<input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 徘徊		
	<input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> その他		
	精神疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 状 況 ( )		
薬 の 服 用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬名等 薬名等 薬名等		

既 往 歴	年 月(頃) ( )
	年 月(頃) ( )
	年 月(頃) ( )
	年 月(頃) ( )
	年 月(頃) ( )

特 記 事 項	<p>【介護をされていて困っている事や特記すべき事項をお書き下さい。】</p>
	<p>【施設に対する希望があればご記入下さい。(本人・家族)】</p>
	<p>【透析治療中の方は病院名と透析の曜日をご記入下さい。】</p>