

入 所 申 込 調 査 票

※欄は施設で記入いたします。

入所対象者			※初回申込日	年	月	日
調査年月日	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"/> 他施設 <input type="checkbox"/> その他 ()					
介護保険 サービス 確 認 欄	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) 他施設申込み状況 ()					
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 (級 種 その他)					
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯 ()					
	内 容	主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 食事制限 () <input type="checkbox"/> 経管栄養 () 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> 超軟菜 <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				
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特浴 ・ 中間浴 ・ 一般浴)					
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"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ等) 下剤服用 (有 ・ 無) 便 回/週 回/日 失禁 (有 ・ 無)					
移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歩行状況 (<input type="checkbox"/> 自力歩行 <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"/> 老人カー <input type="checkbox"/> 車椅子等) (状況)					
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 (眼鏡使用 有 ・ 無) (状況)					
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <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 (軽度 ・ 中度 ・ 重度) 問題行動 (<input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> その他) (状況)					
かかりつけ医						
薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬品名)					
既 往 歴	昭・平・令 年 月 (頃)					
	昭・平・令 年 月 (頃)					
	昭・平・令 年 月 (頃)					

【特記事項】
