

入 居 申 込 調 査 票

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"/> 他施設 <input type="checkbox"/> その他 () 現在利用中の施設名 () 他施設申込み状況 ()		
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 ()		
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、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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	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 () 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 <input type="checkbox"/> 自助具	
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 ・ 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 (有 ・ 無) 便 日 回 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"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子等) ()		
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 (老眼鏡使用 有 ・ 無) (状況)		
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声で聴こえる <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		
認知症状等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (軽度 ・ 中度 ・ 重度) 症状 (<input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> その他) (状況)		
薬の服用 (お薬手帳添付可)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬品名)		
既往歴 (病名・年月日)			

【特記事項】 現在お困りの状況等をご記入ください。 (※必ずご記入くださるようお願いいたします)

介 護 支 援 専 門 員 等 意 見 書

1. 本人の状況

要介護度	5	4	3	2～1
認知症による不適応行動	非常に多い	やや多い	少しあり	なし

2. 在宅サービス利用度

在宅サービス利用限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
---------------	-------	-------	-------	-------

3. 主たる介護者・家族等の状況

① 世帯の状況	独居	高齢者世帯	その他	
② 介護者の性別・年齢・続柄	男・女	歳	(本人からみた続柄)	
③ 介護者の介護負担	重い	やや重	軽い	負担なし
④ 介護者が障害や疾病	無・有 ()			
⑤ 介護者の就労	無・有 (職種等 日/週 時間/日)			
⑥ 他の要介護者	無・有	(要支援、要介護	1 2 3 4 5)	
⑦ 介護者が育児、家族が病気	無・有 ()			
⑧ 介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的	普通
⑨ 他の同居介護補助者	無・有 (続柄)		日/週程度 ()	
⑩ 別居血縁者介護協力	無・有 (続柄)		日/週程度 ()	
⑪ 近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	

4. 特記事項及び意見

① 医療的処置	： 膀胱カテーテル、経管栄養、 酸素療法等			
② 住居環境	： 廊下、階段、便所、浴室等の住宅改修困難等			
③ 入所待機期間	： 待機期間が1年以上になっている。			
④ 長期入院等に退院後の再入所				
⑤ その他	()			

意見書作成日 日 年 月

意見書作成者