

入 所 申 込 調 査 票

調査対象者氏名 _____ 様

調査年月日	平成 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、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 () 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	
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)		
	<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 (老眼鏡使用 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) 不適応行動 (<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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬名等)		
既 往 歴	昭・平 年 月 (頃)		
	昭・平 年 月 (頃)		
	昭・平 年 月 (頃)		
【特記事項】			

介護支援専門員意見書

調査対象者氏名 _____ 様

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	やや重い	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			
⑩ 別居血縁者介護協力	無・有			
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

--

意見書作成日 平成 年 月 日

意見書作成者 _____ 印