

特別養護老人ホーム鳥還荘(専門職者記入用)

施設	NO、		年 月 日
----	-----	--	-------

調 査 票

記 入 者	名 前		入所申込者 との関係	
	所 属			
	所属住所	〒		
	電 話	( ) -		

専門者記入日	年 月 日
--------	-------

入 所 申 込 者 の 状 況	フリガナ		生年月日	明 大 昭	年 月 日	施設記入欄																
	名 前																					
	現住所	〒																				
	要介護度	1・2・3・4・5	被保険者番号																			
	医 療 状 況	病気既往歴 (年月)																				
		現在治療中の 病名(年月)																				
		病院/医師名	病院名		医師名																	
	在宅サービス利用率	( ) %	※申込日の属する月の前3か月について、[利用単位合計 ÷支給限度額合計](少数点以下四捨五入)により算出																			
	入 所 申 込 者 の 状 況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 眼鏡使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助																	
		聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他 (自立・声かけ誘導・一部介助・全介助)																	
意思疎通		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ときどき可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器)	レ ン タ ル	<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他																
食事		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 治療食( )	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助																		
整 容		洗面: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	適 応	<input type="checkbox"/> 新しい環境に馴染めそうである																		
		歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 新しい環境に馴染めるか不安がある																		
身 体 状 況		入れ歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	病	<input type="checkbox"/> 3か月以上病状が安定 <input type="checkbox"/> 病状が3か月間で不安定																		
		活	<input type="checkbox"/> 障害高齢者の日常生活自立度:[ ]																			
		認知症・精神状態等	<input type="checkbox"/> 認知症 有 [認知症高齢者の日常生活自立度: ] <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 認知症の行動・心理症状(BPSD) 有 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 暴言暴力 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 精神障がい 有 <input type="checkbox"/> 知的障がい 有 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 不眠・昼夜逆転 ※上記項目に該当がある場合は、下欄に認知症や精神障がい等に伴う行動や症状等を具体的に記載 [ ] <input type="checkbox"/> 特になし																			
手 帳 の 有 無		身体障がい者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 種 級/障がい名: )																			
	療育手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級: )		負担減額証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 段階)																	
	精神障がい者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級: )																				

介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者(育児を含む)がいるため介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢・病気等で十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障がい有するなど、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が長期入院中で、介護が困難 <input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない <input type="checkbox"/> 成年後見人を立てている。 ※該当する状況にチェックしてください(複数回答可)	
	介護 在宅生活が困難な理由(次の該当する選択肢にチェックし、具体的内容を記載)	
支援専門員等	<input type="checkbox"/> 本人の心身の状況 (内容： )	
	<input type="checkbox"/> 経済的理由 (内容： )	
	<input type="checkbox"/> 家族の介護負担 (内容： )	
	<input type="checkbox"/> 住環境 (内容： )	
	<input type="checkbox"/> その他／介護上、気を付けなければならない事 (内容 )	
の意見	その他特記事項	家族構成図
	.....	
	.....	
	.....	

※各項目については、原則介護支援専門員、病院・施設の相談員等、入所申込者の状況を把握している方が記入してください。

**入所申込は**

- ①入所申込書(ご家族様用)
  - ②調査票(専門職者記入用)
  - ③サービス利用票・別表の写し(直近3カ月分)※作成されていない者は不要
  - ④介護保険被保険者証の写し
- これらの書類の提出をお願い致します。