

# 入 所 申 込 調 査 票

受付番号

対象者氏名

 様

|              |  |          |   |
|--------------|--|----------|---|
| 調査年月日        | 令和 年 月 日   | 調査者所属・氏名 | 印 |
| 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( )  |          |   |
| 使用施設         | ( ) ※自宅において生活している方は無記入   |          |   |
| 介護保険サービス利用状況 | 利用している介護保険サービス<br><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<br><input type="checkbox"/> その他 ( )  |          |   |
| 他施設申し込み状況    | 高清水寿光園・大平荘・松涛園・光峰苑・南寿園・リンデンハウムいずみ・やすらぎホームけやき<br>新成園・魁聖園・海松園・幸楽園・河辺荘・花の家・一ツ森・八橋・ひなた その他( )  |          |   |
| 収 入          | <input type="checkbox"/> 有り ・( )年金 ・その他 <input type="checkbox"/> 無し (生活保護受給 有 無)   |          |   |
| 障害手帳等        | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ・身体障害者手帳 ・精神保健手帳 ・療育手帳 )   |          |   |
| 介護保険負担限度額認定証 | <input type="checkbox"/> 有 ( 段階 ) <input type="checkbox"/> 無   |          |   |
| 食 事          | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 入れ歯(自歯、部分、全)   |          |   |
|              | 内 主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 食事制限( )<br>容 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 細食 <input type="checkbox"/> ミキサー (箸、スプーン、フォーク、その他)   |          |   |
| 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<br>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 )<br>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 )<br>※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 ) |          |   |
| 視 力          | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 (眼鏡使用 有 無 )  |          |   |
| 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 )<br>※ (状況 )  |          |   |
| 薬の服用         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬名等 )   |          |   |
| 既往歴          | 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 頃  |          |   |
|              | 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 頃  |          |   |
|              | 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 頃  |          |   |

※ 備考

特別養護老人ホーム 金 寿 園