

# 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	利用している介護保険サービス			
利用状況	<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( )			
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・リンデンバウムいすみ・やすらぎホームけやき 新成園・魁聖園・海松園・幸楽園・河辺荘・花の家・ツツ森・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 容	<input type="checkbox"/> 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"/> 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			
	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"/> 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) ※ (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