

入 所 申 込 調 査 表

入所対象者名			
調査年月日	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"/> 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 ()		
	調査時点での当月在宅サービス利用単位合計 () 単位 他施設の申込状況 (施設名)		
健康保険	種別		年金等種別
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 種 級 (障害名)		
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 入れ歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下		
	内容	主食 <input type="checkbox"/> 普 通 ・ <input type="checkbox"/> お 粥 ・ <input type="checkbox"/> ミキサー 副食 <input type="checkbox"/> 普 通 ・ <input type="checkbox"/> 刻 み ・ <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 (<input type="checkbox"/> 一般浴・ <input type="checkbox"/> 中間浴・ <input type="checkbox"/> 特 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・ <input type="checkbox"/> 尿カテーテル 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"/> おむつ・ <input type="checkbox"/> 紙パンツ・ <input type="checkbox"/> パット) 下剤の服用 (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 歩行状態 (<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) (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) (状況)		
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 大声できこえる・ <input type="checkbox"/> 難聴 / 補聴器使用 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) (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 (重度・中度・軽度) 問題行動 (<input type="checkbox"/> 失見当識・ <input type="checkbox"/> 記憶障害・その他) (状況)		
薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (薬名等)		
既往歴 特記等	 		

【特記事項】	 		
--------	--------------	--	--