

入 所 申 込 調 査 票

対象者氏名			調査月日	年	月	日	調査者氏名
現状	☐ 自宅 ☐ 病院 ☐ 特養 ☐ 老健 ☐ 療養型 ☐ 他施設 ☐ 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 ☐ 訪問介護 ☐ 訪問入浴 ☐ 通所介護 ☐ 通所リハビリ ☐ 短期入所 ☐ 短期療養 ☐ 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		金額	円			
障害手帳等	☐ 無 ☐ 有（手帳の種類・障害名） 判定（ ）級、その他（ ）						
食 事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		義歯	☐ 無 ☐ 有（上・下・部分）			
	内 容	主食 ☐ 普通 ☐ お粥 ☐ ソフト ☐ 経管（ ）					
		副食 ☐ 普通 ☐ 刻み ☐ ソフト					
	☐ 箸 ☐ スプーン ☐ フォーク		食事制限()				
入 浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 （一般浴・特浴・ストレッチャー浴・リフト浴）						
着脱衣	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
排 泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 排泄状況（ ☐ トイレ ☐ 尿器 ☐ ポータブル ☐ オムツ等 ）						
	尿意	☐ 有 ☐ 時々 ☐ 無	失禁	☐ 有 ☐ 時々 ☐ 無			
	便意	☐ 有 ☐ 時々 ☐ 無	失禁	☐ 有 ☐ 時々 ☐ 無			
	下剤服用（ ☐ 有 ☐ 無）（下剤内容： ） 排便状態（ ☐ 毎日 ☐ 便秘）						
移 動	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 歩行状況（ ☐ 自力 ☐ 杖 ☐ 立位不可 ） 移動器具の使用（ ☐ 歩行器 ☐ 杖 ☐ 車椅子等） （状況： ）						
視 力	☐ 普通 ☐ 弱視 ☐ 全盲 眼鏡使用 ☐ 有 ☐ 無 （状況： ）						
聴 力	☐ 普通 ☐ 大声で聞こえる ☐ 難聴 補聴器使用 ☐ 有 ☐ 無 （状況： ）						
言語・会話	☐ 普通 ☐ 不明瞭 ☐ 失語 ☐ 会話困難						
認知症等	☐ 有 （Ⅰ・Ⅱ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲ・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ） ☐ 無 問題行動（ ☐ 失見当識 ☐ 記憶障害 ☐ その他） （状況： ）						
内服状況	☐ 無 ☐ 有 薬名：						
既往歴	年 月 日（頃）						
	年 月 日（頃）						
	年 月 日（頃）						
かかりつけ医	病院名		科		主治医		
【特記事項】							