

調査票

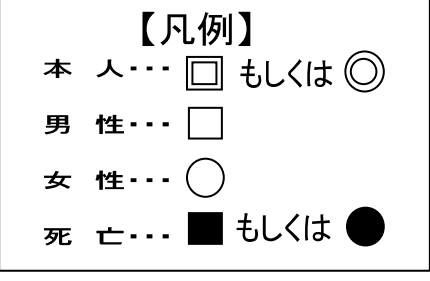
調査年月日	令和 X 年 X 月 X 日		受付番号		
フリガナ	ハカタ ハナコ	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 3 年 7 月 7 日 (XX 歳)	
入所申込者名	博多 花子				
本人の状況	介護認定	申請(更新)・変更中・(済)		被保険者番号	00005510000
	要介護度	1・2・3・(4)・5		認知症の問題行動	ほぼ毎日・週1~2回程度・なし
	認定有効期間	令和 2 年 1 月 1 日 ~ 令和 4 年 12 月 31 日			
	療育手帳・精神保健福祉手帳等の有無	有(級)・(無)			
介護サービスの利用状況	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム(ケアハウス) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 介護付き有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 住宅型有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input checked="" type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> その他()			
	居室介護サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 単位 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 単位 <input type="checkbox"/> 訪問看護 単位 <input type="checkbox"/> 訪問リハ 単位	<input type="checkbox"/> 通所介護 単位 <input type="checkbox"/> 通所リハ 単位 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 単位 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 単位		
	利用状況	上記合計 単位 ÷ 25848 × 10 = 割			
	介護者1	フリガナ ハカタ ウメコ 氏名 博多 梅子 続柄 長男嫁 住所 〒810-0000 福岡市〇〇区〇〇〇丁目〇〇〇-〇	同居・(別居)	年齢	55 歳
介護者2	フリガナ ハカタ イチロウ 氏名 博多 一郎 続柄 長男 住所 〒 同上	同居・(別居)	年齢	56 歳	
介護者の障害・疾病等		<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少困難 <input checked="" type="checkbox"/> 介護可能			
複数介護・育児(就労)		<input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り (例)△△商事			
他の介護協力		<input type="checkbox"/> ほとんど無し <input checked="" type="checkbox"/> 随時有り <input type="checkbox"/> 常時有り			
住居	市内外の居住状況 <input checked="" type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外				
特記事項	長期にわたる介護	<input type="checkbox"/> 理由:			
	施設等からの退所	<input checked="" type="checkbox"/> 理由:(例)令和2年12月20日で退院が決まっている。			
	介護への姿勢	<input type="checkbox"/> 理由:			
	住環境問題	<input type="checkbox"/> 理由:			
	居室サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 理由:			
	特に考慮すべき痴呆症状	<input type="checkbox"/> 理由:			
	在宅における医療的処置	<input checked="" type="checkbox"/> 理由:(例)胃ろう、ストーマ造設、透析、酸素療法など。			
備考	①第一連絡先をご記入ください。				
	②第一連絡先に一番連絡が取れる曜日や時間帯をご記入ください。				
調査担当者名	事業所名	電話番号	()		
施設受付担当者名	職種	施設長 生活相談員 ケアマネ その他()			

「認知症の問題行動」については、要介護度1~3の方のみご記入ください。

ご本人が現在居られる場所をご記入ください。

記入不要です。
左記のサービスを利用中の方は、ケアマネジャーからもらう「利用票、利用票別表」を添付ください。

介護者1とは…主に介護に携わっている方(主介護者)
介護者2とは…主介護者に協力して介護に携わっている方
※介護者が1人の場合は介護者2は記入不要です。



上記の介護者1の方の状況をご記入ください。
他の介護協力は、「常時有り」は週4日程度以上、「随時有り」は週1~3日程度を目安とし1日あたりの目安が2時間以上又は頻回以上とする。

記入例を参考に、該当する項目や内容があればできるだけ詳しくご記入ください。

①②は必ずご記入ください。

記入不要です。