

調 査 票

調査年月日	令和 年 月 日	受付番号	
フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)
入所申込者名	男・女		
本人の状況	介護認定	申請(更新・変更)中・済	被保険者番号
	要介護度	1・2・3・4・5	認知症行動
	認定有効期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日	ほぼ毎日・週1~2回程度・なし
		療育手帳・精神保健福祉手帳の有無	有(級)・無
		身体障害者手帳・原爆手帳等の有無	有(級)・無
介護サービス等の利用状況	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <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 type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> その他()	
		年 月頃 より入所・入院中	施設名
	居宅介護サービス等利用状況	<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 上記合計 0 単位 ÷ 26,135 × 10 = 0 割	<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 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護 単位 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 単位
	単包括	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 上記サービスの利用頻度 <input type="checkbox"/> 週5日以上 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週2日以下	
介護者等の状況	介護者1	フリガナ 氏名 続柄 住所	同居・別居 年齢 歳
	介護者2	フリガナ 氏名 続柄 住所	同居・別居 年齢 歳
		家族の構成	
		介護者の障がい・疾病等 <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少困難 <input type="checkbox"/> 介護可能 複数介護・育児・就労 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 他の介護協力 <input type="checkbox"/> ほとんど無し <input type="checkbox"/> 随時有り <input type="checkbox"/> 常時有り	
住居	市内外の居住状況	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外	
特記事項	家族等による介護拒否	<input type="checkbox"/> 理由:	
	遠距離介護	<input type="checkbox"/> 理由:	
	長期にわたる介護	<input type="checkbox"/> 理由:	
	サービス不十分	<input type="checkbox"/> 理由:	
	施設等からの退所	<input type="checkbox"/> 理由:	
	住環境問題	<input type="checkbox"/> 理由:	
	居宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 理由:	
	在宅における医療的処置	<input type="checkbox"/> 理由:	
	特に考慮すべき認知症症状	<input type="checkbox"/> 理由:	
地域への配慮	<input type="checkbox"/> 理由:		
その他	<input type="checkbox"/> 理由:		
備考			
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()