

調査票

|                          |                   |   |                               |          |       |
|--------------------------|-------------------|---|-------------------------------|----------|-------|
| 調査年月日                    | 平成 年 月 日          | 受付番号  |                               |          |       |
| フリガナ<br>入所申込者名           |                   | 男・女   | 生年月日<br>明治・大正・昭和<br>年 月 日( 歳) |          |       |
| 本人の<br>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   | 認知症の問題行動                      |          |       |
|                          | 認定有効期間            | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日   | ほぼ毎日・週1~2回程度・なし               |          |       |
|                          | 身体障害者手帳・原爆手帳等の有無  |   | 有・無                           |          |       |
| 介護サー<br>ビス等<br>の利用<br>状況 | 現在の<br>住居         | 自宅 老人保健施設 療養型医療施設 特別養護老人ホーム<br>養護老人ホーム 軽費老人ホーム ケアハウス グループホーム<br>生活支援ハウス 一般病院 その他( |                               |          |       |
|                          | 居宅介護              | 平成 年 月頃 より入所・入院中  | 施設名                           |          |       |
|                          | サービス              | 訪問介護  | 単位                            | 通所介護     |       |
|                          |                   | 訪問入浴介護  | 単位                            | 通所リハ     |       |
|                          | 利用状況              | 訪問看護  | 単位                            | 短期入所生活介護 |       |
| 訪問リハ                     |                   | 単位  | 短期入所療養介護                      |          |       |
| 上記<br>合計                 | 単位 ÷ 25848 × 10 = |   | 割                             |          |       |
| 介護者等<br>の状況              | 介護者1              | フリガナ  | 同居・別居                         | 家族の構成    |       |
|                          |                   | 氏名  |                               |          |       |
|                          |                   | 続柄  | 年齢                            |          | 歳     |
|                          | 住所                | 〒   |                               |          |       |
|                          | 介護者2              | フリガナ  | 同居・別居                         |          | 家族の構成 |
|                          |                   | 氏名  |                               |          |       |
|                          |                   | 続柄  | 年齢                            |          |       |
| 住所                       | 〒                 |   |                               |          |       |
| 介護者の障害・疾病等               | 介護困難              | 多少困難  | 介護可能                          |          |       |
| 複数介護・育児・就労               | 無し                | 有り  |                               |          |       |
| 他の介護協力                   | ほとんど無し            | 随時有り  | 常時有り                          |          |       |
| 特<br>記<br>事<br>項         | 長期にわたる介護          | 理由:   |                               |          |       |
|                          | 施設等からの退所          | 理由:   |                               |          |       |
|                          | 介護への姿勢            | 理由:   |                               |          |       |
|                          | 住環境問題             | 理由:   |                               |          |       |
|                          | 居宅サービス利用状況        | 理由:   |                               |          |       |
|                          | 特に考慮すべき認知症状       | 理由:   |                               |          |       |
|                          | 在宅における医療的処置       | 理由:   |                               |          |       |
| その他                      | 理由:               |   |                               |          |       |
|                          | 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( ) |