



ご 家 族 連 絡 先

ご 家 族 連 絡 先				
ふりがな		続柄	生 年 月 日	年 齢
氏 名			M・T・S・H 年 月 日	歳
住 所	〒  勤務先名称 住所：		<input type="checkbox"/> 自宅電話番号 ( ) <input type="checkbox"/> 携帯電話番号 ( )  <input type="checkbox"/> 職場電話番号 ( )	
ふりがな		続柄	生 年 月 日	年 齢
氏 名			M・T・S・H 年 月 日	歳
住 所	〒  勤務先名称 住所：		<input type="checkbox"/> 自宅電話番号 ( ) <input type="checkbox"/> 携帯電話番号 ( )  <input type="checkbox"/> 職場電話番号 ( )	
ふりがな		続柄	生 年 月 日	年 齢
氏 名			M・T・S・H 年 月 日	歳
住 所	〒  勤務先名称 住所：		<input type="checkbox"/> 自宅電話番号 ( ) <input type="checkbox"/> 携帯電話番号 ( )  <input type="checkbox"/> 職場電話番号 ( )	
ふりがな		続柄	生 年 月 日	年 齢
氏 名			M・T・S・H 年 月 日	歳
住 所	〒  勤務先名称 住所：		<input type="checkbox"/> 自宅電話番号 ( ) <input type="checkbox"/> 携帯電話番号 ( )  <input type="checkbox"/> 職場電話番号 ( )	

# 介護老人福祉施設 調査書

No.1

入所申込者ご本人の状況等

(該当するものにレ印チェックを入れ ( ) には状況を具体的に必要箇所はご記入して下さい。)

ふりがな		入所申込者との続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 (同居・別居) <input type="checkbox"/> その他 ( )
申込代理者氏名			
住 所	〒      -	この申込書についての 問  い  合  せ  先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 ( ) 電話:                      ( )
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成      年      月      日頃までに入所したい		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる又は今後、申し込む予定。		
現 況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし (自宅) <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ                      (相手の方の氏名                      歳 ) <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居者がいる (                      )		
住宅の状況 (介護住宅問題)	<input type="checkbox"/> 自宅以外に戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 立ち退きを迫られている <input type="checkbox"/> 老朽・狭い等介護上住宅環境が不適切 <input type="checkbox"/> 十分な居宅サービスを受けられない等の問題がある。 <input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある		
主たる介護者	1. 介護する方は <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる【氏名:                      続柄:                      】 <input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所:                      ) 2. 主に介護する方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある <input type="checkbox"/> 就業中 <input type="checkbox"/> 育児中 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他 (                      ) 3. 介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる→ <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 同居以外の家族 <input type="checkbox"/> その他の方 <input type="checkbox"/> いない		
入所希望理由 (該当項目を全て 選んで下さい。)	<input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が病気等で長期入院しているため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者により介護負担が大きいため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他 (                      )		
現在利用中の居宅 サービス内容 (種類と頻度)	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (週      回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (週      回) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (週      回) <input type="checkbox"/> 訪問リハ (週      回) <input type="checkbox"/> 通所介護 (週      回) <input type="checkbox"/> 通所リハ (週      回) <input type="checkbox"/> 短期入所生活 (月      日) <input type="checkbox"/> その他 (                      ) <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 【特記事項】		
そ の 他 あてはまるもの	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> その他の行為 (具体的内容:                      ) <input type="checkbox"/> 医療器具を使っている (具体的内容:                      ) <input type="checkbox"/> 病気がある (病名:                      )		
ケアプランなどに ついて	1. ケアプランは <input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作ってない 2. 相談できる介護支援専門員は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		

# 《ご本人の生活歴》

No,2

ご両親について	父親氏名： 母親氏名： 両親の仕事：	【家族構成】
兄弟について	男性： 名 女性： 名	
結婚歴	結婚年月日： 配偶者氏名： 子供：男性 名 / 女性： 名	
学歴		
仕事歴		
趣味・特技など		
嗜好品	好きな食べ物 嫌いな食べ物	
生活歴 (出身地、居住地、 幼少期等、入所前 までの生活歴)		
病歴 (今まで罹られた 怪我や病気等)	病名： *身長： *体重： 【特記事項】	状況： ( 年 月 日)

## 《お申込み案内》

必要書類	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 入所申込書</li> <li>② 介護支援専門員等意見書</li> <li>③ 介護保険被保険者証のコピー</li> <li>④ 介護保険負担限度額認定証のコピー (お持ちの方のみ)</li> <li>⑤ 内服薬処方内容が記載されている書類コピー</li> <li>⑥ 診療情報提供書</li> <li>*今までに健康診断を受けられておりましたら健康診断書 (血液データ) のコピー</li> </ul>
------	---

生活環境 (休む環境)	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団 (フロー・畳等) 使用している周辺機具： <input type="checkbox"/> 立位バー <input type="checkbox"/> ナースコール <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> その他 ( )	
生活の動作等 日常のご様子		どのような様子ですか? (介護の状況等)
1.寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない	
2.起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない	
3.座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない	
4.立位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない	
5.歩行 (使用している用具)	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない 1.杖 2.手押し車 3.歩行器 4.車椅子 5.他 ( )	
6.移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
7.移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
8.立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない	
9.入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
10.褥瘡 (床ずれ)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位：      処置開始日： )	
11.食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
12.食事形態	主食 … <input type="checkbox"/> 普通のごはん <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 副食 … <input type="checkbox"/> 普通のおかず <input type="checkbox"/> ひと口大にきざんだもの <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー	
13.嚥下	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> むせ込みあり ( <input type="checkbox"/> とろみ必要 ・ <input type="checkbox"/> 不要 )	
14.排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	
15.口腔清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	義歯： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (上・下)
16.洗顔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
17.整髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
18.爪きり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
19.上着の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
20.ズボン・パンツの着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
21.薬の内服	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
22.電話の利用	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (利用していない)	
23.日常の意思決定	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 特別な場合を除いてできる <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない	
24.視力	<input type="checkbox"/> 普通 (日常生活に支障がない) <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほとんど見えない	眼鏡： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
25.聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	補聴器： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
26.意思の伝達	<input type="checkbox"/> 自分の意思を伝達できる <input type="checkbox"/> 時々伝達できる <input type="checkbox"/> 伝達できない	
27.指示への反応	<input type="checkbox"/> 指示が通じる <input type="checkbox"/> 指示が時々通じる <input type="checkbox"/> 指示が通じない	



介護支援専門員 意見書 (記入日 R . . ) No.5

ふりがな 入所希望者氏名	被保険者番号	
	在宅サービス利用率	% (直近1ヶ月の給付限度額に対する利用割合)
ケアプランについて	利用しているサービス (直近1ヶ月の利用状況)	
	サービス名	利用回数等
	サービスに対するご本人 又は、ご家族の希望など	
ご本人の状況	1. 身体の状況について (麻痺や拘縮など、介護を要する身体状況)	
	2. 認知症などについて (介護や見守りを要する状況)	
	3. 疾患などについて (特に注意を要する事、医療器具の使用など介護や看護を要する疾患など)	
その他の留意すべき事	※ ご本人の嗜好や性格など介護をする上で把握しておくべき事	

記入者氏名		職種	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ( )
事業所区分	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者	<input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター	<input type="checkbox"/> その他 ( )
事業署名		連絡先電話	- -