

調査票

調査年月日	平成 年 月 日	受付番号		
フリガナ		男・女	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日(歳)	
入所申込者名				
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 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
		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	
	生活保護		有・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"/> 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"/> 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()		
		平成 年 月頃 より入所・入院中	施設名	
	居宅介護サービス別単位の単包括	訪問介護	単位	<input type="checkbox"/> 通所リハ 単位
		訪問入浴介護	単位	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 単位
		訪問看護	単位	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 単位
	訪問リハ	単位	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護 単位	
	通所介護	単位	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 単位	
	上記合計	0 単位 ÷ 26,022 × 10 = 0 割		
	<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	同居・別居	
		氏名		
		続柄		
	住所	〒	年齢	歳
	介護者2	フリガナ	同居・別居	家族の構成
氏名				
続柄				
住所	〒	年齢	歳	
	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 <input type="checkbox"/> 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: <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()