

調査票

調査年月日		令和 年 月 日		受付番号		
フリガナ		男・女		生年月日		
入所申込者名				明治・大正・昭和 年 月 日( 歳)		
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				
	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	
	居宅介護サービス別単位の利用状況	サービス別単位の合計	<input type="checkbox"/> 訪問介護	単位	<input type="checkbox"/> 通所リハ	単位
			<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	単位	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	単位
	単包括	単包括	<input type="checkbox"/> 訪問看護	単位	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	単位
<input type="checkbox"/> 訪問リハ			単位	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護	単位	
		<input type="checkbox"/> 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 ÷ 26,135 × 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		家族の構成	
		氏名	年齢	歳		
		住所				
	介護者2	フリガナ	同居・別居			
		氏名	年齢	歳		
住所						
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( )