

# 記入例

## 調査票

調査年月日		令和 4年 9月 1日		受付番号			
フリガナ		アオイ ハナコ		明治・大正・昭和			
入所申込者名		葵 花子		生年月日			
		男・女		5年 8月 4日(91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		0000111222			
	認定有効期間	令和 3年 10月 1日 ~ 令和 5年 9月 30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( 1 級)・無					
介護サービスの利用状況	現在の住居		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input checked="" 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( )				
			令和 元年 5月頃 より入所・入院中		施設名		
			〇〇〇苑				
	単包位括	サービス別単位	<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		<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		
上記合計 0 単位 ÷ 26,022 × 10 = 0 割							
単包位括		<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	アオイ タロウ		同居・別居		
		氏名	葵 太郎		同居・別居		
		続柄	夫		年齢	90 歳	
	介護者2	住所	〒819-0030 福岡市西区室見が丘2丁目〇番△号				
		フリガナ	アオイ コタロウ		同居・別居		
		氏名	葵 小太郎		同居・別居		
		続柄	長男		年齢	60 歳	
		住所	〒●●●●-▲▲▲▲ 東京都〇〇区△△				
家族の構成		<p>夫と同居 長男は東京在住 長女は大阪在住</p>					
介護者の障がい・疾病等		<input type="checkbox"/> 介護困難		<input checked="" type="checkbox"/> 多少困難		<input type="checkbox"/> 介護可能	
複数介護・育児・就労		<input checked="" type="checkbox"/> 無し		<input type="checkbox"/> 有り			
他の介護協力		<input checked="" 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 checked="" 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: 例)同居の夫が介護を拒否している				
	遠距離介護		<input checked="" type="checkbox"/> 理由: 例)本人の近くに介護者がおらず遠方より通っている				
	長期にわたる介護		<input checked="" type="checkbox"/> 理由: 例)5年以上介護している				
	サービス不十分		<input type="checkbox"/> 理由: 例)使いたいサービスが地域に無い				
	施設等からの退所		<input checked="" type="checkbox"/> 理由: 例)施設(病院)よりすぐ退所(退院)してほしいと言われている				
	住環境問題		<input type="checkbox"/> 理由: 例)段差が多く、車椅子で生活が出来ない				
	居宅サービス利用状況		<input type="checkbox"/> 理由: 例)単位数をオーバーしてサービスを利用している				
	在宅における医療的処置		<input type="checkbox"/> 理由: 例)インスリンや在宅酸素を使用している				
	特に考慮すべき認知症症状		<input checked="" type="checkbox"/> 理由: 例)暴力や徘徊、異食行為があり目が離せない				
	地域への配慮		<input type="checkbox"/> 理由:				
その他		<input type="checkbox"/> 理由:					
備考		入居を希望している具体的な理由をご記入ください。 該当するところにチェックをして、その理由をご記入ください。					

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( )