様式2

記入例

調 査 票

調査年月日	令和 8年 8月 1日			受付番号	
フリガナ 入所申込者名	アオイ ハナコ 葵 花子	男・女		生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 15年 8月 4日（85歳）
本人の状況 介護認定	申請（更新 ・ 変更）中 ・ 済			被保険者番号	0000111222
要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			認知症行動	ほぼ毎日 ・ 週1～2回程度 ・ なし
認定有効期間	令和 7年 10月 1日 ～ 令和 10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

介護サービス等の利用状況

現在の住居：☐自宅 ☐特別養護老人ホーム ☑老人保健施設 ☐療養型医療施設 ☐介護医療院 ☐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 ☐介護付き有料老人ホーム ☐住宅型老人ホーム ☐サービス付き高齢者向け住宅 ☐一般病院 ☐ その他（ ）

令和 7年 5月頃 より入所・入院中　施設名：〇〇〇苑

居宅介護サービス利用状況

サービス別単位

☐ 訪問介護	単位	☐ 通所リハ	単位
☐ 訪問入浴介護	単位	☐ 短期入所生活介護	単位
☐ 訪問看護	単位	☐ 短期入所療養介護	単位
☐ 訪問リハ	単位	☐ 夜間対応型訪問看護	単位
☐ 通所介護	単位	☐ 認知症対応型通所介護	単位

上記合計：0 単位 ÷ 26,022 × 10 ＝ 0 割

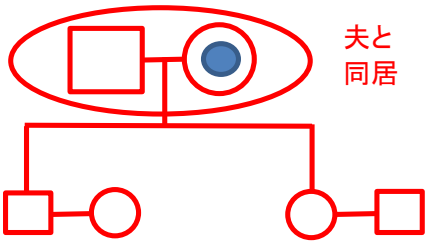
包括単位：☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス） ☐ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

上記サービスの利用頻度：☐ 週5日以上 ☐ 週3～4日 ☐ 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		
	続柄	夫	年齢	90 歳
	住所	〒819-0030 福岡市西区室見が丘2丁目〇番△号		
介護者2	フリガナ	アオイ コタロウ	同居・別居	
	氏名	葵 小太郎		
	続柄	長男	年齢	60 歳
	住所	〒●●●-▲▲▲▲ 東京都〇〇区△△		

家族の構成



介護者の障がい・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
住居 市内外の居住状況	☑ 市内	☐ 市外	

特記事項

家族等による介護拒否	☐	理由：例）同居の夫が介護を拒否している
遠距離介護	☑	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	☑	理由：例）5年以上介護している
サービス不十分	☐	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	☑	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	☐	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	☐	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	☐	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	☑	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	☐	理由：
その他	☐	理由：
	☐	理由：

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。

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。

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（ ）