

## 入居申込調査票

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 調査年月日    | 令和 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 調査者氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                         |
| 現 状      | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> 他施設 <input type="checkbox"/> その他(   )                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |
| 介護保険サービス | 利用している介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 通所リハ<br><input type="checkbox"/> その他 (   )                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |
| 確認欄      | 調査時点での在宅サービスの利用単位数(   単位)<br>他申込み施設名(   )                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |
| 健康保険     | 種別                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 年金等                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 種別                                                      |
| 障害手帳     | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (手帳の種類 身体障害   、障害名   )<br>判定(   種 級、その他   )                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |
| 食 事      | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助   入れ歯( <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 部分   )                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |
|          | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他(   )<br>副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 細食 <input type="checkbox"/> ミキサー<br><input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク |                                                         |
| 入 浴      | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |
| 着脱衣      | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |
| 排 泄      | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br>排泄状況( <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ等   )<br>下剤服用(有・無)便   日   回   失禁(有・無)                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |
| 移 動      | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br>歩行状況( <input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行不可   )<br>移動器具の使用( <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 老人カー <input type="checkbox"/> 車椅子等 <input type="checkbox"/> なし   )<br>(状況   ) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |
| 視 力      | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲   (老眼鏡使用 有・無)<br>(状況   )                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |
| 聴 力      | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴<br>(状況   )                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |
| 言語・会話    | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 会話不能                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |
| 認知症等     | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (軽度・中度・重度)<br>行動障害( <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> その他   )<br>(状況   )                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |
| 通院の状況    | 病院                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 科                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
|          | 病院                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 科                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
|          | 病・医院                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 科                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| 既往歴      | 昭・平・令   年   月(頃)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |
|          | 昭・平・令   年   月(頃)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |
|          | 昭・平・令   年   月(頃)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |

|      |  |
|------|--|
| 特記事項 |  |
|------|--|