

尾道市介護老人福祉施設入所調査票

記入者	氏名			入所申込者との関係	
	所属名				
	所属住所	〒			
	電話	() -			
記入日	平成	年	月	日	
入所申込者の状況	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名				
	現住所	〒			
	医療状況	現在治療中の病名			
		主治医病院名・病院住所・担当医師名			
在宅サービス利用率	()	※申込日の属する月の前3月について、[利用単位合計÷支給限度額合計](小数以下四捨五入)により算出			
入所申込者の身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 眼鏡使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	施設記入欄
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ (自立・声かけ誘導・一部介助・全介助)	
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ときどき可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> 不可	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
整容	洗面: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	/			
認知症・精神状態等	<input type="checkbox"/> 認知症 有 [認知症高齢者の日常生活自立度: ()] <input type="checkbox"/> 認知症の行動・心理症状(BPSD) 有 <input type="checkbox"/> 精神的障害 有 <input type="checkbox"/> 知的障害 有 ※上記項目に該当がある場合は、下欄に認知症や精神的障害に伴う行動や症状等を具体的に記載 () <input type="checkbox"/> 特になし				
手帳の有無等	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障害名: ())			
	療育手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級: ())			
	精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級: ())			

介 護 者 の 状 況	<input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいるため介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢等で十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障がい等を有するなど、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が病気等により長期入院中で、介護が困難 <input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない ※該当する状況にチェックしてください(複数回答可)	
	在宅生活が困難な理由(次の該当する選択肢にチェックし、具体的内容を記載)	
支 援 専 門 員 等 の 意 見	<input type="checkbox"/> 本人の心身の状況 内容: _____)	
	<input type="checkbox"/> 経済的理由 内容: _____)	
	<input type="checkbox"/> 家族の介護負担 内容: _____)	
	<input type="checkbox"/> 住環境 内容: _____)	
	<input type="checkbox"/> その他 内容: _____)	
	その他特記事項	

※各項目については、原則介護支援専門員、病院・施設の相談員等、入所申込者の状況を把握している者が記入すること。

介護支援専門員等の意見書

[介護支援専門員等 ⇄ 施設]

		居宅介護支援事業所・施設・病院名(担当ケアマネジャー, 相談員等)	
		所属名 (施設名・病院名)	
		所属住所	
		電話番号	() -
記入年月日	平成 年 月 日	記入者氏名	
介 護 支 援 専 門 員 等 の 意 見	被保険者番号		生年月日 明・大・昭 年 月 日
	フリガナ		
	入所申込者氏名		
現在の生活状況で特記すべき事項(住環境、医療・身体・精神的状況など、在宅生活が困難な状況の要因を記入してください。) 【 緊急性: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 虐待: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 】			
入所についての本人及び家族の意思			
その他特記すべき事項等			

※深刻な虐待が疑われる場合等、介護支援専門員、病院・施設の相談員等が特に必要と判断する場合に作成し、施設に直接提出する。(作成は任意であり、入所申込時に添付する必要はない)