

# 入所申込調査票

担当居宅支援事業所		担当者氏名	
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"/> その他 ( )		
使用施設名	( ) ※自宅使用等の場合は無記入		
日常生活自立度	障害 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症 自立 I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M		
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 入れ歯 ( )		
	内 容	主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 食事制限 ( ) 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー ( ) <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 ( <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 自宅入浴 )		
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		
	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 )		
	下剤服用 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 便 日 回 ) 失 禁 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 立位 <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可 )		
移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	歩行状況 ( <input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 立位不可 ) 移動器具の使用 ( <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング )		
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 老眼鏡使用 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )		
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声が聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴		
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 程 度 ( <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 )		
	問題行動 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )		
	状 況 ( )		
要介護1・2の方のみ	入所を希望する理由に該当状況を詳細に記載。		

家族構成	家族構成		氏名	続柄
		利用者本人の出身地 _____ 趣味など _____		
本人の経済状況	年金	国民・厚生・共済・その他( )	円/月	
	その他の収入	収入内容( )	円/月	
	月額合計金額		円/月	
特記事項	介護保険負担限度額認定証 有 ( 段階 ) ・ 無			