

# 入所調査票

調査票記入日 年 月 日

入所希望者氏名	被保険者番号																			
---------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

担当ケアマネ	事業所名
連絡先 電話 ( ) —	Fax ( ) —

○入所希望者の申し込み時の状況 ※該当するものにチェックをして下さい。

移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 ( <input type="checkbox"/> 自操・ <input type="checkbox"/> 介助 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 二人介助 <input type="checkbox"/> 立位可能 <input type="checkbox"/> 立位不可 <input type="checkbox"/> その他 ( )
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 二人介助 <input type="checkbox"/> パルーン <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> パンツ ( <input type="checkbox"/> 日中・ <input type="checkbox"/> 夜間 ) <input type="checkbox"/> リハビリパンツ ( <input type="checkbox"/> 日中・ <input type="checkbox"/> 夜間 ) <input type="checkbox"/> オムツ ( <input type="checkbox"/> 日中・ <input type="checkbox"/> 夜間 ) <input type="checkbox"/> トイレ ( <input type="checkbox"/> 日中・ <input type="checkbox"/> 夜間 ) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ ( <input type="checkbox"/> 日中・ <input type="checkbox"/> 夜間 ) <input type="checkbox"/> ベッド上 ( <input type="checkbox"/> 日中・ <input type="checkbox"/> 夜間 )
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 咽込みあり <input type="checkbox"/> 食べるのに時間がかかる <input type="checkbox"/> 食べる量が少ない <input type="checkbox"/> 食べることに拒否がある <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 嚥下食 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
リスク	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 危険行為 ( )
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> だいたい見える <input type="checkbox"/> ほぼ見えない <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> その他 ( )
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな声が聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 強度難聴 <input type="checkbox"/> 聾啞 <input type="checkbox"/> その他 ( )
意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> だいたいわかる <input type="checkbox"/> ほぼわからない <input type="checkbox"/> その他 ( )
認知症	認知症は <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
	認知症の診断を <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない
精神症状 行動障害	<input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 物盗られ妄想 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 感情が不安定
	<input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 収集癖
	<input type="checkbox"/> 暴食行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ( )
医療行為	<input type="checkbox"/> 特別な医療行為はなし
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 吸痰 <input type="checkbox"/> その他 ( )
主な現病 治療状況 既往歴	

担当ケアマネジャーの意見欄

説明と同意欄

私は、次の事項について施設より説明を受けました。

- ・入所申し込みから入所契約まで必要な手続き及び入所にあたっての注意事項について
- ・入所順位決定法について
- ・入所順位見直しについて

年 月 日 本人との続柄 ( )  
氏名 ( )