

No.1

入所希望者についての調査票

居宅介護支援事業所・施設・病院名(担当ケアマネージャー)	
(事業者名)	
(住 所)	〒
(電話番号)	
(記入者氏名)	

記入年月日	令和 年 月 日															
入 所 希 望 者 の 状 況	ふりがな					生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)									
	氏 名					性 別	男 ・ 女									
	住 所	〒				電 話	() -									
	介護保険保険者						要介護状態区分等		要介護(1・2・3・4・5)							
	保険者番号						被保険者番号									
	認定有効期限		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日													
	家 族 構 成	ふりがな 氏 名	本人との 関係	同居有無	連絡先		家族構成図									
※主たる介護者の名前に○をしてください。																
現在の生活状況で特記すべきこと。(住宅環境、医療・身体・精神的状況など介護困難な状況の要因を記入してください。)																
緊急性 ☐ 有 ☐ 無 虐待 ☐ 有 ☐ 無																
☐ 介護者が就業等で介護が困難 ☐ 複数の要介護者がいるため介護が困難																
☐ 介護者が要支援状態・高齢等で十分な介護が困難 ☐ 介護者が要介護状態・障害を有する等、十分な介護が困難																
☐ 介護者が病気等により長期入院中で、介護が困難 ☐ 身寄りや介護者が誰もいない																
入所についての本人・家族の意思																
状況調査(該当のものにチェックしてください。複数回答可)																
特 記 事 項																
麻痺等の有無について																
☐ ない ☐ 左上肢 ☐ 右上肢 ☐ 左下肢 ☐ 右下肢 ☐ その他																
関節の動く範囲の制限の有無について																
☐ ない ☐ 肩関節 ☐ 肘関節 ☐ 股関節 ☐ 膝関節 ☐ 足関節 ☐ その他																
起き上がりについて																
☐ つかまらないうでできる ☐ 何かにつかまればできる ☐ できない																
両足での立位保持について																
☐ 支えなしでできる ☐ 何か支えがあればできる ☐ できない																

状況調査(該当のものにチェックしてください。複数回答可)		特記事項
入 所 希 望 者 の 状 況	移動について	
	☐ 歩行 (☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ シルバーカー ☐ 歩行器)	
	☐ 車椅子 (☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助)	
	☐ ストレッチャー ☐ その他()	
	移乗について	
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	立ち上がりについて	
	☐ つかまらないうでできる ☐ 何かにつかまればできる ☐ できない	
	食事摂取について:入歯の有無 ☐ 有 ☐ 無	
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養	
	※主食 ☐ 普通食 ☐ 軟食 ☐ ミキサー ☐ その他()	
	※副食物 ☐ 普通 ☐ きざみ ☐ ミキサー ☐ その他()	
	入浴について:頻度 ☐ 毎日 ☐ 2～3日に1度 ☐ その他()	
	☐ 普通浴槽 ☐ 特殊浴槽() ☐ その他()	
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	排尿について	
	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 尿器 ☐ 特殊パンツ ☐ オムツ	
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	排便について	
	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 差込便器 ☐ 特殊パンツ ☐ オムツ	
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	衣服の着脱について	
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	金銭の管理について	
	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	日常の意思決定について	
	☐ できる ☐ 特別な場合を除いてできる ☐ 日常的に困難 ☐ できない	
	視力について:眼鏡の有無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ その他()	
☐ 日常生活に支障がない ☐ 近距離であれば見える ☐ ほとんど見えない		
聴力について:補聴器の有無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ その他()		
☐ 日常生活に支障がない ☐ 大きな声なら聞き取れる ☐ ほとんどきこえない		
意思の伝達について		
☐ できる ☐ 時々できる ☐ できない		

状況調査(該当のものにチェックしてください。複数回答可)		特 記 事 項
入 所 希 望 者 の 状 況	指示への反応について	
	☐ 通じる ☐ 時々通じる ☐ 通じない	
	性格について	
	☐ おとなしい ☐ 朗らか ☐ 親しみやすい ☐ 几帳面 ☐ 内向的 ☐ 頑固	
	☐ 凝り性 ☐ わがまま ☐ 頑固 ☐ 短気 ☐ 無口 ☐ 融通がきかない	
	対人関係について	
	☐ 協調的 ☐ 普通 ☐ 拒否的	
	精神状態等について(特記事項欄に状態を必ず記入して下さい)	
	☐ 精神的障害有 ☐ 特になし	
	記憶・理解について	
	毎日の日課を理解することが ☐ できる ☐ できない	
	直前の出来事を思い出すことが ☐ できる ☐ できない	
	自分の名前を答えることが ☐ できる ☐ できない	
	自分がいる場所を答えることが ☐ できる ☐ できない	
	不適応行動について	
	被害的になることが ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	幻覚・幻聴が ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	感情が不安定になることが ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	夜間不眠、昼夜の逆転が ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	暴言、暴行が ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	同じ話、不快な音、大きな声をだすことが ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	介護に抵抗することが ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	目的もなく動き回ることが ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	異食が ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
現在受けている医療について		
☐ 点滴の管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ ストーマーの処置		
☐ 酸素療法 ☐ レスピレーター ☐ 気管切開の処置 ☐ 疼痛の看護		
☐ 経管栄養 ☐ モニター測定 ☐ 褥瘡の処置 ☐ カテーテル		
【既往歴】		
障害高齢者の日常生活自立度	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2	
認知症高齢者の日常生活自立度	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M	

※ 当月介護サービス利用票を添付してください。