様式2

入所申込書調査票

調査年月日	令和　　年　　月　　日	調査者氏名	
現　状	□ 自宅　□ 病院　□ 特養　□ 老健　□ 療養型　□ その他（　　）		
使用施設名	（　　）※病院・施設名を記入してください		
介護保険サービス確認欄	利用している介護保険サービス □ 訪問介護　□ 訪問入浴　□ 通所介護　□ 短期入所　□ 通所リハ □ その他（　　） 調査時点での在宅サービスの利用単位数（　　単位） 他施設申込み状況（　施設名　　）		
健康保険	種別　　年金等　種別		
障害手帳等	□ 無　□ 有（手帳の種類　　、障害名　　） 判定（　　種　　級、その他　　）		
食　事	□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助　□ 経管栄養　（入れ歯　□ 上　□ 下　□ 上下 ）		
	内容 主食　□ 普通　□ お粥　□ ミキサー　食事制限（　　） 副食　□ 普通　□ 細食　□ ミキサー　塩分制限（　　） □ 箸　□ スプーン　□ フォーク		
入　浴	□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助　（入浴形態 □ 一般浴　□ 中間浴　□ 特浴　）		
着脱衣	□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助		
排　泄	□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助　□ カテーテル 排泄状況　□ 便器　□ 尿器　□ ポータブルトイレ　□ リハパン　□ オムツ 下剤服用（ 有 ・ 無 ） 便　　日　　回　失禁（ 有 ・ 無 ）		
移　動	□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助 歩行状況　□ 自力歩行　□ 杖歩行　□ 立位不可 移動器具使用　□ 歩行器　□ 老人カー　□ 車椅子等 （状況等　　）		
視　力	□ 普通　□ 弱視　□ 全盲　（老眼鏡使用　有 ・ 無 ） （状況等　　）		
聴　力	□ 普通　□ 大声で聞こえる　□ 難聴 （状況等　　）		
言語・会話	□ 普通　□ 不明瞭　□ 失語　□ 会話不能		
認知症等	□ 無　□ 有　（ 軽度 ・ 中度 ・ 重度 ） 問題行動　□ 失見当識　□ 記憶障害　□ 徘徊　□ 介護抵抗・暴言　□ 不潔行為 □ 昼夜逆転　□ 被害妄想　□ その他（　　）		
薬の服用	□ 無　□ 有（薬名等　　）		
既往歴	年　　月（頃） 年　　月（頃） 年　　月（頃）		

【特記事項】