

様式 2

入 所 申 込 調 査 票

		対象者氏名	
調査年月日	平成 年 月 日	調査者氏名	
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"/> 他施設 <input type="checkbox"/> その他( )		
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 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 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		
健康保険	種 別		年金等 ; 種 別
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳の種類 、 障害名 ) 判定 ( 級 種、その他 )		
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 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"/> お粥 <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 ※ <input type="checkbox"/> 流動食 (経口) <input type="checkbox"/> 経管栄養	
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特浴・中間浴・一般浴・夜間浴)		
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"/> 便器 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ等 <input type="checkbox"/> その他 )		
	下剤服用 ( 無 ・ 有 ) 便 : 日 回 失禁 ( 無 ・ 有 ) ※ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 他 ( )		
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"/> 自助具歩行 <input type="checkbox"/> 立位不可 ) 移動器具の使用 ( <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 老人カー <input type="checkbox"/> 車椅子等 ) ( 状況 : )		
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 (老眼鏡使用 無 ・ 有 ) (状況 )		
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 (老眼鏡使用 無 ・ 有 ) (状況 )		
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴 (補聴器使用 無 ・ 有 ) (状況 )		
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 <input type="checkbox"/> 声も出さない		
認 知 等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (軽度 ・ 中度 ・ 重度)		
	問題行動 ( <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> その他 ) (状況 )		
薬 の 服 用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬名等 )		
既 往 歴	昭・平 年 月 (頃)		
	昭・平 年 月 (頃)		
	昭・平 年 月 (頃)		
感 染 症 等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 他 [ ] )		

【特記事項】