

入所の 必要性	【自由記述】 [※本人の在宅生活が困難な理由（本人の状況や、家族等による介護が困難な状況等を具体的に記載）]	
	備考	担当ケア マネジャー
	<input type="checkbox"/> いる ※事業所名（ ）名前（ ）	<input type="checkbox"/> いない

【施設記入欄】

お願い

入所申込者の要介護度や転居による住所変更など、本入所申込書に記載した事項等に変更があった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所された場合は、必ず当施設に連絡してください。
連絡がいただけない場合は、入所決定を行えないことがあります。

調査票

記入者	氏名			入所申込者との関係		
	所属名					
	所属住所	〒				
	電話	() -				
記入日	令和	年	月	日		
入所申込者の状況	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏名					
	現住所	〒				
	医療状況	現在治療中の病名				
		主治医病院名・ 病院住所・ 担当医師名				
在宅サービス利用率	() %	※申込日の属する月の前3月について、[利用単位合計 ÷ 支給限度額合計] (小数以下四捨五入) により算出				
入所申込者の状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 眼鏡使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ (自立・声がけ誘導・一部介助・全介助)		
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ときどき可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> 不可		
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	整容	洗面: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	/			
身体状況	<input type="checkbox"/> 認知症 有 (認知症高齢者の日常生活自立度:) <input type="checkbox"/> 認知症の行動・心理症状(BPSD) 有 <input type="checkbox"/> 精神的障害 有 <input type="checkbox"/> 知的障害 有 ※上記項目に該当がある場合は、下欄に認知症や精神的障害に伴う行動や症状等を具体的に記載 () <input type="checkbox"/> 特になし					
	手帳の有無	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障害名:) 療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級:) 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級:)				
施設記入欄						

介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいるため介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢等で十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障がい等を有するなど、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が病気等により長期入院中で、介護が困難 <input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない ※該当する状況にチェックしてください(複数回答可)	
	介護 支 援 専 門 員 等 の 意 見	在宅生活が困難な理由(次の該当する選択肢にチェックし、具体的内容を記載) <input type="checkbox"/> 本人の心身の状況 内容：) <input type="checkbox"/> 経済的理由 内容：) <input type="checkbox"/> 家族の介護負担 内容：) <input type="checkbox"/> 住環境 内容：) <input type="checkbox"/> その他 内容：)
	その他特記事項	

※各項目については、原則介護支援専門員、病院・施設の相談員等、入所申込者の状況を把握している者が記入すること。