



(別紙様式1)

入所申込者	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> とりあえず申し込みたい <input type="checkbox"/> 令和   年   月頃(まで・以降)に入所したい <input type="checkbox"/> ユニット型特養希望(居住費2,066円) <input type="checkbox"/> 従来型特養希望(居住費1,231円) <input type="checkbox"/> どちらでもよい ※従来型個室は待機期間が長くなる可能性があります。			
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他(   )			
	特養申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している(申請している施設名:   ) (申込時期:   年   月   日)			
主介護者	フリガナ		性別	本人との関係	
	氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	同居有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> その他(   )			
同居家族	氏名		年齢		本人との関係
	氏名		年齢		本人との関係
	氏名		年齢		本人との関係
	氏名		年齢		本人との関係
	氏名		年齢		本人との関係
	氏名		年齢		本人との関係
入所希望理由	(該当する項目全てにチェック) <input type="checkbox"/> 身寄りがなく、介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。( <input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、十分な介護力がないため。 (介護者が <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 要介護・要支援状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できないため。 (介護者が <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 他にも介護している <input type="checkbox"/> 育児している) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難であるため。 (理由:   )				
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】

※調査票(別紙様式2)及び被保険者証・直近3ヶ月分のサービス利用票(別表を含む)を併せて提出願います。  
 ※別途資料の提供を求める場合があります。

【要介護1～5共通】

記入日 年 月

※原則、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が記載願います。

調 査 票

記載者	事業所名														
	所在地	〒													
	担当者名														
	電話	( )			携帯	( )									
入所申込者の状況	フリガナ				生年月日	年 月 日(満 歳)			施設記入欄						
	氏 名	印			性 別	男 ・ 女									
	住 所				電 話	( ) -									
	保険者				要介護状態区分	要介護( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )									
	保険者番号					被保険者番号									
	要介護認定有効期間	年 月 日			～	年 月 日									
	居宅介護支援事業所(ケアマネージャー)	<input type="checkbox"/> いる		事業所名											
		<input type="checkbox"/> いない		担当者氏名			電話								
	医療状況	現在治療中の病名	( <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院・所 )												
		医療機関名				担当医師名									
		入院・所の場合	ヶ月間			電話									
		医療機関住所													
	利用中の居宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ)		週	回程度利用	在宅サービス利用率 (直近3ヶ月間の平均)  %									
		<input type="checkbox"/> 訪問看護		週	回程度利用										
		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション		週	回程度利用										
<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)		週	回程度利用												
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション		週	回程度利用												
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ)		週	回程度利用												
<input type="checkbox"/> その他(種類: )		週	回程度利用												
<input type="checkbox"/> 介護サービスは利用していない															
居住状況	<input type="checkbox"/> 独居														
	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 介護困難家族等と同居			<input type="checkbox"/> 高齢者(65歳以上)のみ世帯 <input type="checkbox"/> 家族が障害や疾病 <input type="checkbox"/> 家族が就労 <input type="checkbox"/> 他の家族等の世話(育児等) <input type="checkbox"/> その他( )										
		<input type="checkbox"/> 介護可能家族等と同居													
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 介護医療院以外の病院 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス(□特定) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム(□特定) <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅(□特定) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム(□特定) <input type="checkbox"/> その他(施設名等: )															
※別居家族( <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 別居家族なし )															

入所申込者の身体状況等	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 メガネ等使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	麻痺	<input type="checkbox"/> 有(左・右・両上肢/左・右・両下肢) <input type="checkbox"/> 無
	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	拘縮	<input type="checkbox"/> 有(肩・肘・指・股・膝・足) <input type="checkbox"/> 無
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <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)
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <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
入所申込者の身体状況等	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 衣服の準備、選択	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
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ (自立、声がけ誘導、一部介助、全介助)	対人関係	<input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 拒否的
	性格	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 好き嫌が多い <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 人に溶け込めない <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> 凝り性 <input type="checkbox"/> 融通がきかない		
	認知症・精神状態	<input type="checkbox"/> 認知症有〔認知症高齢者の日常生活自立度〕 <input type="checkbox"/> Ⅱa <input type="checkbox"/> Ⅱb <input type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 程度不明 <input type="checkbox"/> 行動障害少ない又ははない <input type="checkbox"/> 行動障害有無不明 <input type="checkbox"/> 精神的障害有〔特筆すべき症状〕 内容 <input type="checkbox"/> 特になし		
身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 種 級/障害名: )				
特例入所該当事項(認知症、知的障害・精神障害等、深刻な虐待、単身世帯・同居家族が高齢又は病弱 各自治体において必要と認められる事情 等)				
入所申請に至る生活歴(在宅生活が困難な理由を含む)				
特記事項				