

入居希望者調査票

整理番号		対象者		被保険者番号															
------	--	-----	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

現在利用している 居宅サービス	サービス種類	1月あたり 利用回数	事業所名
* 該当するものをすべて選んで下さい	<input type="checkbox"/> 訪問介護		電話
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護		電話
	<input type="checkbox"/> 訪問看護		電話
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導		電話
	<input type="checkbox"/> 通所介護		電話
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション		電話
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護		電話
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護		電話
	<input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給		電話
<input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給		電話	
<input type="checkbox"/> その他 ()		電話	

現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入居)している <input type="checkbox"/> ケアハウス。グループホームに入所(入居)している <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している (施設に入所(入居・入院)している場合)
施設名又は病院名 (所在地)	_____市・区・町・村
入所又は入院期間	_____年 月 日～

本人	身体状況	食 事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助	(食事の種類 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー)
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助	(おむつの種類 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ)	
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助		
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助		
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助	(歩行 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり)	
	視 力	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度		
	聴 力	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度		
	言 語	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい	<input type="checkbox"/> 聞き取れない		

認知症・精神の症状	<input type="checkbox"/> 何らかの痴呆を有するが、日常生活はほぼ自立している <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障あるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする * 次のような行動がある場合は、すべてにチェックください。(複数可)																																	
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. 乱暴なふるまいを行う</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>2. 自分の体を傷つける</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>3. 火の不始末がある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>4. 家中や屋外をあてもなく歩き回る</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>5. 興奮したり騒いだりする</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>6. 不潔な行為がある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>7. 失禁する</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>8. 昼夜逆転</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>9. 一人で出たがる</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>10. 一人で戻れない</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>11. その他</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1. 乱暴なふるまいを行う	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	2. 自分の体を傷つける	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	3. 火の不始末がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	4. 家中や屋外をあてもなく歩き回る	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	5. 興奮したり騒いだりする	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	6. 不潔な行為がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	7. 失禁する	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	8. 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	9. 一人で出たがる	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	10. 一人で戻れない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	11. その他		
1. 乱暴なふるまいを行う	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																
2. 自分の体を傷つける	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																
3. 火の不始末がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																
4. 家中や屋外をあてもなく歩き回る	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																
5. 興奮したり騒いだりする	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																
6. 不潔な行為がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																
7. 失禁する	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																
8. 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																
9. 一人で出たがる	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																
10. 一人で戻れない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																
11. その他																																		

