

入 所 申 込 調 査 票 入所希望者名

調査年月日	令和 年 月 日	記入者氏名	
現 状	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 療養型病院 <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 (級 種、障害名)		
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 <input type="checkbox"/> 食事制限 ()	
		副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 細食 <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"/> トロミ ()	
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・その他)		
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"/> 便器 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ等) 下剤服用 (有・無) 便 日 回 失禁 (有・無)		
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"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 立位不可) 移動器具の使用 (<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 老人カー <input type="checkbox"/> 車椅子等) (状況)		
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 (老眼鏡使用 有・無) (状況)		
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴 (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 (意思伝達不可能)		
認知症等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (軽度・中度・重度) 行動障害 (<input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> その他) (状況)		
既 往 歴	昭和・平成・令和 年 月 日		
	昭和・平成・令和 年 月 日		
	昭和・平成・令和 年 月 日		
	昭和・平成・令和 年 月 日		
	昭和・平成・令和 年 月 日		

【特記事項】