

特別養護老人ホームひろやす荘 入居申し込み書別紙(調査票)

入居希望者氏名	様 満()歳		記入者氏名	
記入年月日	入居申込日	年 月 日	記入者の事業所名	
	調査日	年 月 日	電話番号	

記入者所属・職名 【 】

調査項目	内 容		
要介護度	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
	認定期間	年 月 日～ 年 月 日	
介助の状況	食事	介助の状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助	
		食事の内容	【主食】 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他() 【副食】 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()
	排泄	介助の状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助	
		排泄の方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他()
	入浴	介助の状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助	
		入浴の方法	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 座浴 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> その他()
	更衣	介助の状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助	
	体位変換	介助の状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助	
	移動	介助の状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助	
		器具の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他()
【その他介助の状況に関する特記事項】			
身体 の 状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 視力がない	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 聴力がない	
	発語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 発語ができない	
	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		手帳等の種類	
		障害名	
障害の程度(級・度)			
【その他身体の状態に関する特記事項】			

調査項目	内 容																					
医療の 状況	<input type="checkbox"/> 疾病又は処置(※)があり、常時の看護又は見守りが必要。 ※ 経管栄養、在宅酸素、胃瘻等 <input type="checkbox"/> 疾病又は処置があるが、常時の看護又は見守りは不要。 <input type="checkbox"/> 特に疾病又は処置はない。																					
	①在宅生活者の場合【疾病又は処置がある場合のその状況】																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="336 392 595 427">主な疾病名又は処置名</th> <th data-bbox="595 392 1115 427">内 容</th> <th data-bbox="1115 392 1393 427">医療機関名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="336 427 595 506"></td> <td data-bbox="595 427 1115 506"> <input type="checkbox"/>通院 <input type="checkbox"/>往診 <input type="checkbox"/>訪問看護 <input type="checkbox"/>その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度 </td> <td data-bbox="1115 427 1393 506"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="336 506 595 584"></td> <td data-bbox="595 506 1115 584"> <input type="checkbox"/>通院 <input type="checkbox"/>往診 <input type="checkbox"/>訪問看護 <input type="checkbox"/>その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度 </td> <td data-bbox="1115 506 1393 584"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="336 584 595 663"></td> <td data-bbox="595 584 1115 663"> <input type="checkbox"/>通院 <input type="checkbox"/>往診 <input type="checkbox"/>訪問看護 <input type="checkbox"/>その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度 </td> <td data-bbox="1115 584 1393 663"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="336 663 595 741"></td> <td data-bbox="595 663 1115 741"> <input type="checkbox"/>通院 <input type="checkbox"/>往診 <input type="checkbox"/>訪問看護 <input type="checkbox"/>その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度 </td> <td data-bbox="1115 663 1393 741"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="336 741 595 819"></td> <td data-bbox="595 741 1115 819"> <input type="checkbox"/>通院 <input type="checkbox"/>往診 <input type="checkbox"/>訪問看護 <input type="checkbox"/>その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度 </td> <td data-bbox="1115 741 1393 819"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="336 819 595 900"></td> <td data-bbox="595 819 1115 900"> <input type="checkbox"/>通院 <input type="checkbox"/>往診 <input type="checkbox"/>訪問看護 <input type="checkbox"/>その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度 </td> <td data-bbox="1115 819 1393 900"></td> </tr> </tbody> </table>	主な疾病名又は処置名	内 容	医療機関名		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度	
	主な疾病名又は処置名	内 容	医療機関名																			
		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度																				
		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度																				
		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度																				
		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度																				
		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度																				
		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度																				
②入院・入所者の場合【疾病又は処置がある場合のその状況】																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="336 945 595 981">主な疾病名又は処置名</th> <th data-bbox="595 945 1393 981">内 容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="336 981 595 1093"></td> <td data-bbox="595 981 1393 1093"> <input type="checkbox"/>入院治療 <input type="checkbox"/>配置医師の診察 <input type="checkbox"/>外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/>その他() </td> </tr> <tr> <td data-bbox="336 1093 595 1171"></td> <td data-bbox="595 1093 1393 1171"> <input type="checkbox"/>入院治療 <input type="checkbox"/>配置医師の診察 <input type="checkbox"/>外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/>その他() </td> </tr> <tr> <td data-bbox="336 1171 595 1249"></td> <td data-bbox="595 1171 1393 1249"> <input type="checkbox"/>入院治療 <input type="checkbox"/>配置医師の診察 <input type="checkbox"/>外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/>その他() </td> </tr> <tr> <td data-bbox="336 1249 595 1328"></td> <td data-bbox="595 1249 1393 1328"> <input type="checkbox"/>入院治療 <input type="checkbox"/>配置医師の診察 <input type="checkbox"/>外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/>その他() </td> </tr> <tr> <td data-bbox="336 1328 595 1406"></td> <td data-bbox="595 1328 1393 1406"> <input type="checkbox"/>入院治療 <input type="checkbox"/>配置医師の診察 <input type="checkbox"/>外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/>その他() </td> </tr> <tr> <td data-bbox="336 1406 595 1489"></td> <td data-bbox="595 1406 1393 1489"> <input type="checkbox"/>入院治療 <input type="checkbox"/>配置医師の診察 <input type="checkbox"/>外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/>その他() </td> </tr> </tbody> </table>	主な疾病名又は処置名	内 容		<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他()								
主な疾病名又は処置名	内 容																					
	<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他()																					
	<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他()																					
	<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他()																					
	<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他()																					
	<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他()																					
	<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他()																					
【その他疾病又は処置に関する特記事項】																						
【服薬など健康管理の状況について】																						

調査項目	内 容																																			
認知症の 度合い	<input type="checkbox"/> Ⅳ以上 <input type="checkbox"/> Ⅲ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> なし ※認知症の度合いは、「認知症老人の日常生活自立度判定基準」(平成5年10月26日老健第136号厚生省老人保健福祉局長通知)による。 【認知症の状態にある場合のその状態に関する特記事項】 ・問題行動、火の不始末などの防火防犯について <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>																																			
生活環境 ※入院者の場合、退所(院)後の在宅での生活環境の予定	単身・別居の別	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居(子の家等に同居する場合も含む) 【家族がいる場合の家族構成と家族関係】 <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>																																		
	住居の状況	<input type="checkbox"/> 介護に適していない箇所が多い。 <input type="checkbox"/> ある程度介護に適した状態で整備されているが、介護に適していない箇所が一部ある。 <input type="checkbox"/> ほぼ介護に適した状態で整備されている。																																		
介護者の 状況	<input type="checkbox"/> 介護者(※)がいない <input type="checkbox"/> 介護者がいる ※同居の家族のほか、同居の家族以外の肉親、親類、縁者等も含むが、介護保険等の保健医療福祉サービスによる介護者は除く。以下同じ。 【介護者がいる場合の主たる介護者の状況及び負担(※)の予定】 ※肉体的、精神的、経済的負担等を指す。 <table border="1" data-bbox="333 1406 1391 2033"> <thead> <tr> <th data-bbox="333 1406 464 1487">氏名</th> <th data-bbox="464 1406 852 1487">入居希望者との続柄</th> <th data-bbox="852 1406 1114 1487">年齢</th> <th data-bbox="1114 1406 1391 1487">満()歳</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4" data-bbox="333 1487 1391 1525">同居の有無 <input type="checkbox"/>同居 <input type="checkbox"/>別居(<input type="checkbox"/>近隣地在住 <input type="checkbox"/>遠隔地在住)</td> </tr> <tr> <td colspan="4" data-bbox="333 1525 1391 1563">就労等 週 回、 1日当たり 時間、 に従事</td> </tr> <tr> <td colspan="4" data-bbox="333 1563 1391 1601">疾病・障害等 <input type="checkbox"/>有(内容:) <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td data-bbox="333 1601 464 1765">対応状況</td> <td colspan="4" data-bbox="464 1601 1391 1765"> <input type="checkbox"/>介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/>介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/>介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="333 1765 464 1803">介護の負担</td> <td colspan="4" data-bbox="464 1765 1391 1803"> <input type="checkbox"/>負担が大きい <input type="checkbox"/>負担がやや大きい <input type="checkbox"/>負担が少ない </td> </tr> <tr> <td data-bbox="333 1803 464 2033">介護者に関する特記事項</td> <td colspan="4" data-bbox="464 1803 1391 2033"> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> </td> </tr> </tbody> </table>					氏名	入居希望者との続柄	年齢	満()歳	同居の有無 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住)				就労等 週 回、 1日当たり 時間、 に従事				疾病・障害等 <input type="checkbox"/> 有(内容:) <input type="checkbox"/> 無				対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。				介護の負担	<input type="checkbox"/> 負担が大きい <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい <input type="checkbox"/> 負担が少ない				介護者に関する特記事項	<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>			
氏名	入居希望者との続柄	年齢	満()歳																																	
同居の有無 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住)																																				
就労等 週 回、 1日当たり 時間、 に従事																																				
疾病・障害等 <input type="checkbox"/> 有(内容:) <input type="checkbox"/> 無																																				
対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。																																			
介護の負担	<input type="checkbox"/> 負担が大きい <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい <input type="checkbox"/> 負担が少ない																																			
介護者に関する特記事項	<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>																																			

調査項目	内 容												
介護保の 居宅サー ビス又は 介護保険 以外の福 祉サービ ス等の利 用状況 及び 退所(院) 後の在宅 での介護 保険の居 宅サービ ス又は介 護保険以 外の福祉 サービス 等の利用 予定	<input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない												
	【利用する場合の予定】												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="323 271 453 309">サービスの種類</th> <th data-bbox="453 271 1385 309">利用頻度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="323 309 453 387"></td> <td data-bbox="453 309 1385 387">週・月()回 1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td data-bbox="323 387 453 465"></td> <td data-bbox="453 387 1385 465">週・月()回 1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td data-bbox="323 465 453 544"></td> <td data-bbox="453 465 1385 544">週・月()回 1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td data-bbox="323 544 453 622"></td> <td data-bbox="453 544 1385 622">週・月()回 1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="323 622 1385 779">全サービス合わせて、支給限度額の()%程度利用</td> </tr> </tbody> </table>	サービスの種類	利用頻度		週・月()回 1回当たり()時間・日程度		週・月()回 1回当たり()時間・日程度		週・月()回 1回当たり()時間・日程度		週・月()回 1回当たり()時間・日程度	全サービス合わせて、支給限度額の()%程度利用	
	サービスの種類	利用頻度											
		週・月()回 1回当たり()時間・日程度											
		週・月()回 1回当たり()時間・日程度											
		週・月()回 1回当たり()時間・日程度											
	週・月()回 1回当たり()時間・日程度												
全サービス合わせて、支給限度額の()%程度利用													
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="323 786 453 824">サービスの種類</th> <th data-bbox="453 786 1385 824">利用頻度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="323 824 453 1055">介護保険 以外の 福祉サー ビス等の 利用状況</td> <td data-bbox="453 824 1385 1055"></td> </tr> </tbody> </table>	サービスの種類	利用頻度	介護保険 以外の 福祉サー ビス等の 利用状況										
サービスの種類	利用頻度												
介護保険 以外の 福祉サー ビス等の 利用状況													
<table border="1"> <tbody> <tr> <td data-bbox="323 1061 453 1211" rowspan="3">対応状況</td> <td data-bbox="453 1061 1385 1099"><input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="453 1099 1385 1178"><input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="453 1178 1385 1211"><input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。</td> </tr> </tbody> </table>	対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。									
対応状況		<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。											
		<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。											
	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。												
※ 居宅療養管理指導、認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護を除く。 福祉用具貸与については、利用回数欄に福祉用具の品目を記載。													
その他入 所申し込 みに関し て特に留 意するべ き事項	(前記調査項目以外で、入居申し込みに関して特に留意すべき事項がある場合、 また、前記調査項目について追記がある場合はこちらに記載してください。)												