

入所申込調査票(介護支援専門員意見書)

氏名		被保険者番号	
調査日	年 月 日	調査員氏名	
現 状	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特養SS <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> 他施設 <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"/> 訪問看護 <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"/> 福祉用具レンタル <input type="checkbox"/> 入院中 <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 (手帳の種類、障害名)) 判定 () 級、その他 ()		
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (義歯 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)		
	内 容	主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管 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()) <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> その他()) (状況 :)	
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 特浴・ <input type="checkbox"/> 中間浴・ <input type="checkbox"/> 一般浴)		
着 脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
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 <input type="checkbox"/> カテーテル) 下剤服用 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 便 日/ 回 ・ 失禁 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) (状況 :)		
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歩行状態 (<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"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング) (状況 :)		
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 (老眼鏡 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 眼鏡 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他		
認 知 症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 軽度 ・ <input type="checkbox"/> 中度 ・ <input type="checkbox"/> 重度) 問題行動 (<input type="checkbox"/> 失見当 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> そううつ) (状況 :)		
	認知症による不適切行動	<input type="checkbox"/> 非常に多い <input type="checkbox"/> やや多い <input type="checkbox"/> 少しあり <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 判断不能 (状況 :)	
薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬品名) <input type="checkbox"/> 服薬確認必要 (状況 :)		

