

指定介護老人福祉施設入所調査表

様式2

1 本人の状況

障害高齢者の日常生活自立度※	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
認知症高齢者日常生活自立度※	自立(J)・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

※担当ケアマネージャー様に、ご確認下さい。

ご担当ケアマネージャー 氏名 _____ 様
 事業者名 _____
 連絡先(電話番号) _____

日常生活	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オムツ			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器(シルバーカー) <input type="checkbox"/> 車椅子			
	立位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 何もつかまらず <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば			
	認知症 (無・有)	<input type="checkbox"/> 被害妄想	<input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚	<input type="checkbox"/> 暴言・暴力	<input type="checkbox"/> 常時の徘徊	
		<input type="checkbox"/> 収集	<input type="checkbox"/> 帰宅欲求	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 異食行為	
		<input type="checkbox"/> ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> 介護に抵抗	<input type="checkbox"/> 作話	<input type="checkbox"/> 感情が不安定	
		<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 同じ話をする	<input type="checkbox"/> 落ち着きが無い	<input type="checkbox"/> 外出して戻れない	
<input type="checkbox"/> 一人で出たがる		<input type="checkbox"/> 火の不始末	<input type="checkbox"/> 物を壊す	<input type="checkbox"/> 大きな声を出す		
	頻度	<input type="checkbox"/> 1週間に1度以上 <input type="checkbox"/> 1ヶ月に1回以上、週に1回未満				

2 主たる介護者・家族等の状況

世帯の状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他
介護者の年齢	<input type="checkbox"/> 70歳以上 <input type="checkbox"/> 60歳以上70歳未満 <input type="checkbox"/> 60歳未満
介護者の続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他()
介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし
介護者の障害や疾病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒ <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護 <input type="checkbox"/> 介護可能
介護者の就労	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒ 職種等: ()日/週、()時間/日
他の要介護者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒ 要支援(1・2)・要介護 1・2・3・4・5
介護者の育児・家族の病気	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒ <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 半日程度 <input type="checkbox"/> 臨時
介護者の関わり方	<input type="checkbox"/> 介護に関わりたくない <input type="checkbox"/> できることなら関わりたくない <input type="checkbox"/> ふっつ <input type="checkbox"/> 積極的に関わりたい
他の同居介護協力者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒ <input type="checkbox"/> 常時(週4日以上) <input type="checkbox"/> 随時(週1~3日程度)
別居血縁者介護協力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒ <input type="checkbox"/> 常時(週4日以上) <input type="checkbox"/> 随時(週1~3日程度)
近隣者等の介護協力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒ <input type="checkbox"/> 常時(週4日以上) <input type="checkbox"/> 随時(週1~3日程度)

希望の特養種別	<input type="checkbox"/> ユニット(個室)を希望する <input type="checkbox"/> 多床室を希望する <input type="checkbox"/> どちらでも良い
---------	---

同意欄

当施設が保管する入所申し込みに関する情報については、県または市区町村から状況把握の為に提示を求められる事に同意します。また、本入所申込書の調査につき、担当ケアマネージャー、入所(入院)施設(病院)担当者に確認することに同意します。

入所希望者 _____ 印 (自署の場合省略可)
 記入者 _____ (続柄)
 記入日 令和 ____年 ____月 ____日

必要な提出書類は「入居申込書 様式1、様式2」と「病気・医療等の情報提供書」と「介護保険被保険者証の写し」です。尚、「病気・医療等の情報提供書」は医師に記入頂くものではありません。担当のケアマネージャーや病院のソーシャルワーカー等にご相談下さい。