

# 調査票

記入日		年 月 日		申請者	氏名	印		施設受付印								
					住所	〒										
					電話	( ) -										
					携帯	( ) -										
入所希望者の状況	ふりがな				生年月日	明・大・昭	年 月 日 ( 歳)	施設記入欄								
	氏名	印			性別	男・女										
	住所	〒			電話	( ) -										
	介護保険保険者				要介護状態区分等	要支援(1・2)、要介護(1・2・3・4・5)										
	保険者番号				被保険者番号											
	認定有効期限	年 月 日 ~			年 月 日											
	居宅介護支援事業所 (ケアマネージャー)	<input type="checkbox"/> いる	事業所名				電話		( ) -							
		<input type="checkbox"/> いない	担当者氏名													
	現況	<input type="checkbox"/> 一人で暮している <input type="checkbox"/> 家族と暮している( 人暮らし)														
		<input type="checkbox"/> 特養・老健・病院等に入っている(入所、入院中の方は、下記にご記入ください)														
		※施設・病院名 _____ 住所 _____														
		※入所、入院時期 年 月頃から														
	入所希望の理由	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護する者がいない <input type="checkbox"/> 長期入院や県外在住等により介護する者がいない														
<input type="checkbox"/> 介護者が、要介護(支援)、障害、病気で十分な介護ができない																
<input type="checkbox"/> 介護者が、就労、複数介護、育児中であり十分な介護ができない																
<input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きく、十分な介護ができない																
<input type="checkbox"/> 居住・衛生環境の事情により、十分な介護ができない																
<input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所、退院を迫られているが、自宅での介護ができない																
<input type="checkbox"/> その他( )																
希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい															
	<input type="checkbox"/> 年 月頃(まで・以降)に入所したい															
施設の申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他施設にも申請している(参考までに下記にご記入ください)															
	当施設入所申込年月日	年 月 日(ご不明の場合は当施設で記入します)														
	施設名				入所申込年月											
					年 月											
					年 月											
医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じよく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素															
	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他( )															
	現在治療中の病名															
主治医病院名				担当医師名												
主介護者	ふりがな				生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 ( 歳)									
	氏名	印			性別	男・女	本人との関係									
	住所	〒			同居有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している										
	電話	( ) -			<input type="checkbox"/> その他( )											