

# 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				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( )				