

(別紙様式2)

【要介護1～5共通】

記入日 平成 年 月 日

※原則、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が記載願います。

調 査 票

記載者	事業所名												
	所在地	〒											
	担当者名												
	電話	()			携帯	()							
入所申込者の状況	フリガナ						生年月日	明・大・昭	年	月	日	(満 歳)	施設記入欄
	氏 名	印					性 別	男 ・ 女					
	住 所						電 話	() -					
	保険者						要介護状態区分	要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)					
	保険者番号						被保険者番号						
	要介護認定有効期間	平成 年 月 日					～	平成 年 月 日					
	居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー)	<input type="checkbox"/> いる		事業所名									
		<input type="checkbox"/> いない		担当者氏名				電話					
	医療状況	現在治療中の病名	(<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院・所)										
		医療機関名					担当医師名						
		入院・所の場合	ヶ月間				電話						
		医療機関住所											
	利用中の居宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (ホームヘルプ)		週	回程度利用		在宅サービス利用率 (直近3ヶ月間の平均) %						
		<input type="checkbox"/> 訪問看護		週	回程度利用								
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション		週	回程度利用										
<input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス)		週	回程度利用										
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション		週	回程度利用										
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (ショートステイ)		週	回程度利用										
<input type="checkbox"/> その他 (種類:)		週	回程度利用										
<input type="checkbox"/> 介護サービスは利用していない													
居住状況	<input type="checkbox"/> 独居												
	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 介護困難家族等と同居		<input type="checkbox"/> 高齢者 (65歳以上) のみ世帯 <input type="checkbox"/> 家族が障害や疾病 <input type="checkbox"/> 家族が就労 <input type="checkbox"/> 他の家族等の世話 (育児等) <input type="checkbox"/> その他 ()									
		<input type="checkbox"/> 介護可能家族等と同居											
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設以外の病院 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス (<input type="checkbox"/> 特定) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム (<input type="checkbox"/> 特定) <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 (<input type="checkbox"/> 特定) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム (<input type="checkbox"/> 特定) <input type="checkbox"/> その他 (施設名等:)													
※別居家族 (<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 別居家族なし)													

