様式２

入　居　申　込　調　査　票

対象者氏名		被保険者番号	

調査年月日	令和　　年　　月　　日	調査者氏名	
現　　状	□自宅　□病院　□特養　□老健　□療養型　□他施設　□その他（　　）		
利用施設名	（　　）※病院・施設名を記入してください		
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 □訪問介護　□訪問入浴　□通所介護　□短期入所　□通所リハ □その他（　　）		
	調査時点での在宅サービスの利用単位数　（　　単位） 他施設申込み状況　（施設名　　）		
健康保険	種　別	年金等	種　別
障害手帳等	□無　□有　（手帳の種類　　、障害名　　） 判定　（　　種　　級　、　その他　　）		
食　事	□自立　□一部介助　□全介助　□経管栄養　□入れ歯（上　・　下　・　上下）		
	内容 主食　□普通　□お粥　□ミキサー　□食事制限（　　） 副食　□普通　□細食　□ミキサー　□塩分制限（　　） □箸　□スプーン　□フォーク		
入　浴	□自立　□一部介助　□全介助　（入浴形態 一般浴　・　中間浴　・　特浴　・　夜間浴　）		
着脱衣	□自立　□一部介助　□全介助		
排　泄	□自立　□一部介助　□全介助 排泄状況　（　□便器　□尿器　□ポータブルトイレ　□リハパン　□オムツ　） 下剤使用　（　有　・　無　）　便　日　回　失禁　（　有　・　無　）		
移　動	□自立　□一部介助　□全介助 歩行状況　（　□自力歩行　□杖歩行　□立位不可　） 移動器具使用　（　□歩行器　□老人カー　□車椅子等　） （状況　　）		
視　力	□普通　□弱視　□全盲　（老眼鏡使用　有　・　無　） （状況　　）		
聴　力	□普通　□大声で聞こえる　□難聴 （状況　　）		
言語・会話	□普通　□不明瞭　□失語　□会話不能		
認知症状等	□無　□有　（　軽度　・　中度　・　重度　） 症状　（　□失見当識　□記憶障害　□徘徊　□介護抵抗・暴言　□不潔行為 □昼夜逆転　□被害妄想　□その他（　　）））		
薬の服用	□無　□有　（薬名等　　）		
既往歴	昭　・　平　・　令　　年　　月（頃）		
	昭　・　平　・　令　　年　　月（頃）		
	昭　・　平　・　令　　年　　月（頃）		

【特記事項】