

# 状況調査票

記入日 令和 年 月 日

記入者氏名

続柄

入所希望者氏名

生年月日 M T S 年 月 日 ( 歳)

住所 〒

## ◎介護保険情報

要支援( 1 2 )  要介護( 1 2 3 4 5 )

保険者( )

認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

介護保険負担限度額認定証 あり なし \*ありの方 ( 段階)

生活保護 あり なし

身体障害者手帳 あり なし ( 種 級)

家族構成

人生歴

## ◎現在治療中の病気

病名	病院名(主治医)

## ◎既往歴

病名	時期

・日常の医療処置はありますか？

ない ある(下記該当欄に☑をお願いします)

ペースメーカー 吸引 酸素吸入 人口透析 留置カテーテル

経管栄養(胃ろう・鼻腔栄養) インシュリン注射 人工膀胱 人工肛門

床ずれの処置

その他(その他の場合は下記空欄に記入して下さい)

---

---



●現在主に利用しているサービスは何ですか？

居宅介護支援事業所(事業所名  ケアマネージャー名  )

訪問介護  訪問看護  デイサービス、デイケア(施設名  )

ショートステイ(施設名  )

入院中、入所中の場合(施設名  )

●ご希望の居室(別紙料金表を参照下さい)  をお願いします。

ユニット型個室  従来型多床室

●その他、ご不安・疑問、入所にあたっての心配がありましたらご記入下さい。

---

---