

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)
