状況調査票

記入日　　平成　　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）

裏面もご記入ください。

◎日常生活の状況

状況	自分で可能	見守り必要	一部介助	全介助	備考（お気づきのことなどお書き下さい）
歩行	□	□	□	□	
車椅子への移乗	□	□	□	□	
車椅子での移動	□	□	□	□	
トイレ	□	□	□	□	
入浴	□	□	□	□	
着脱	□	□	□	□	
食事	□	□	□	□	
聴力	□普通　□聞こえにくい　□聞こえない				
視力	□普通　□見えにくい　□見えない				
会話	□普通				
	□簡単な会話なら可				
	□同じことを繰り返す				
	□会話はなりたたない				
オムツ使用	□無　□常時　□夜のみ　□パットのみ				
食事形態	主食（□普通 □やわらか □ 粥）				
	おかず（□普通 □刻み □ミキサー）				
	□はし □スプーン				
	食欲（□あり □なし）				
	入れ歯（□あり □なし）				
	アレルギー（□あり □なし） （具体的に）				
	食事制限（□あり □なし） □カロリー制限　kcal □塩分制限　mg				
身長　cm	その他　□体のむくみ　□皮膚疾患　□麻痺　□関節拘縮				
体重　kg	部位（　）				
精神状態	認知症 □あり □なし				
	性格　□温厚　□無口　□話好き　□怒りやすい				
	行動　□大声を上げる　□夜間の不眠　□不潔な行為　□暴言・暴力				

●何かお気づきの点がございましたらご記入ください。

●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−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。