様式2

入 所 申 込 調 査 票

受付番号 [　　] 対象者名 [　　]

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　□その他（　　）		
使用施設名	（　　）※自宅使用等の場合は無記入		
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（　　）		
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（　　級、その他　　）		
食事	□自立　□一部介助　□全介助　□入れ歯（　　）		
食事 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（　　） □箸　□スプーン　□フォーク		
入浴	□自立　□一部介助　□全介助（ 特浴 ・ 中間浴 ・ 一般浴 ・ 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　□オムツ等 ） 下剤服用（ 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 ） 移動器具の使用（ □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　□大声が聞こえる　□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　） （ その他症状　　）		
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】