

調 査 票

年 月 日 調査

申込年月日		年 月 日		受付番号		
フリガナ		性 別		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和		
申込者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		年 月 日 (歳)		
本人の 状 況	要介護認定	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 申請中 (<input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更)				年 月 日付
	保険者番号	介護保険被保険者番号				
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
	認知症自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
	障害者自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
	行動心理症状	<input type="checkbox"/> 常時ある <input type="checkbox"/> 随時ある <input type="checkbox"/> なし				
身体障害者手帳・原爆手帳等の有無		<input type="checkbox"/> あり (級) <input type="checkbox"/> なし				
介護サ ービス等 の利 用 状 況	住 居	年 月より		施設名等 【 】 住居種別番号 【 】		
	居 宅 介 護 サ ー ビ ス 等 利 用 状 況	年 月 利 用	サ ー ビ ス 別 単 位	<input type="checkbox"/> 訪問介護 _____ 単位 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 _____ 単位 <input type="checkbox"/> 訪問看護 _____ 単位 <input type="checkbox"/> 訪問リハ _____ 単位 <input type="checkbox"/> 通所介護 _____ 単位 <input type="checkbox"/> 通所リハ _____ 単位 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 _____ 単位 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 _____ 単位 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護 _____ 単位 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 _____ 単位		
				<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		
	○上記サービスの利用頻度		<input type="checkbox"/> 週5日以上 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週2日以下			
介護者等 の状 況	介護者1	フリガナ			家族の構成 <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	
		氏名				
		続柄	年齢	歳		
	介護者2	フリガナ				
		氏名				
		続柄	年齢	歳		
住所		〒				
主たる介護者の状況		<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 複数介護 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> 就労				
他の介護協力の有無		<input type="checkbox"/> ほとんど無し <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり				
特記 事 項	家族等の介護拒否		<input type="checkbox"/> 理由:			
	遠距離介護		<input type="checkbox"/> 理由:			
	長期にわたる介護		<input type="checkbox"/> 理由:			
	施設等からの退所		<input type="checkbox"/> 理由:			
	住環境問題		<input type="checkbox"/> 理由:			
	経済的理由による居宅サービス利用状況		<input type="checkbox"/> 理由:			
	経済的理由により入所先が限定		<input type="checkbox"/> 理由:			
	在宅における医療的処置		<input type="checkbox"/> 理由:			
	点数化できない認知症		<input type="checkbox"/> 理由:			
	知的障害・精神障害等		<input type="checkbox"/> 理由:			
居住地域の介護サービスが不十分		<input type="checkbox"/> 理由:				
介護負担が大きい		<input type="checkbox"/> 理由:				
備考						
調査担当者名			<input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他 ()			
受付担当者名			<input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他 ()			

住居種別

1. 自宅
2. 養護老人ホーム（特定施設入居者生活介護を除く。）
3. " （特定施設入居者生活介護（外部サービス利用型を除く。））
4. " （外部サービス利用型特定施設入居者生活介護）
5. 軽費老人ホーム（特定施設入居者生活介護を除く。）
6. " （特定施設入居者生活介護（外部サービス利用型を除く。））
7. " （外部サービス利用型特定施設入居者生活介護）
8. 有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護を除く。）
9. " （特定施設入居者生活介護（外部サービス利用型を除く。））
10. " （外部サービス利用型特定施設入居者生活介護）
11. サービス付き高齢者向け住宅（特定施設入居者生活介護を除く。）
12. " （特定施設入居者生活介護（外部サービス利用型を除く。））
13. " （外部サービス利用型特定施設入居者生活介護）
14. 特別養護老人ホーム
15. 介護老人保健施設
16. グループホーム
17. 病院
18. 有床診療所
19. 介護療養型医療施設
20. その他