

調 査 票

記入日		平成 年 月 日		申請者	氏名		印	施設受付印							
入所希望者の状況	ふりがな				生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		施設記入欄							
	氏名				性別	男・女									
	住所	〒			電話	() -									
	介護保険保険者				要介護状態区分等	要支援(1・2)、要介護(1・2・3・4・5)									
	保険者番号				被保険者番号										
	認定有効期限	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日													
	居宅介護支援事業所 (ケアマネージャー)	<input type="checkbox"/> いる	事業所名												
		<input type="checkbox"/> いない	担当者氏名			電話	() -								
	負担限度額	段階	収入	()年金	月額又は年額	円/()									
	その他の収入	種別:	円/()		預貯金等	円									
現況	<input type="checkbox"/> 一人で暮している <input type="checkbox"/> 家族と暮している(人暮らし) <input type="checkbox"/> 特養・老健・病院等に入っている(入所、入院中の方は、下記にご記入ください) ※施設・病院名 _____ 住所 _____ ※入所、入院時期 平成 年 月頃から														
入所希望の理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が「高齢」「障害」「病気」等により十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者の就労により、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きく、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 居住・衛生環境の事情により、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所、退院を迫られているが、自宅での介護ができない <input type="checkbox"/> その他()														
希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃(まで・以降)に入所したい														
施設の申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他施設にも申請している(参考までに下記にご記入ください) 当施設入所申込年月日 昭和・平成 年 月 日(ご不明の場合は当施設で記入します) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">施設名</td> <td style="width: 40%;">入所申込年月</td> </tr> <tr> <td></td> <td>平成 年 月</td> </tr> <tr> <td></td> <td>平成 年 月</td> </tr> <tr> <td></td> <td>平成 年 月</td> </tr> </table>							施設名	入所申込年月		平成 年 月		平成 年 月		平成 年 月
施設名	入所申込年月														
	平成 年 月														
	平成 年 月														
	平成 年 月														
医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じよく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病名 _____ 主治医病院名 _____ 担当医師名 _____														
主介護者	ふりがな				生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)									
	氏名				性別	男・女	本人との関係								
	住所	〒			同居有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している									
	電話	() -			<input type="checkbox"/> その他()										