

# 調 査 票

申請者		氏名			印	施設受付印	
		住所	〒				
		電話	( ) -				
		携帯	( ) -				
記入日	年 月 日						
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	年 月 日 ~		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 _____ 年 _____ 月頃から					
入所希望の理由 (複数回答可)	<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"/> _____ 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・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日(ご不明の場合は当施設で記入します)					
	施設名			入所申込年月			
				_____ 年 _____ 月			
				_____ 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 <small>本人との関係</small>		
	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( )		