

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			電話		() -
		<input type="checkbox"/> いない	担当者氏名			電話		() -
	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	<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	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	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()				