

特別養護老人ホーム明照園・ユニット型特別養護老人ホーム明照園入所申込書別紙（調査票）  
（在宅生活者用）

入所希望者氏名			記入者氏名	印	
記入者所属・職名 （※）	所属		連絡先 電話番号	入所希望者	
	職名			記入者	

※ 居宅介護支援事業所、在宅介護支援センター又は地域包括支援センターが記入した場合に記載する。

調査項目	内 容		
入所区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特例		
要介護度	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	
	要介護認定期間	令和    年    月    日から 令和    年    月    日まで	
介助の状況	食事	介助の状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 食事の内容 (主食) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他(                      ) (副食) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他(                      )	
		排せつ	介助の状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 排せつの方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他(                      )
	入浴		介助の状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 入浴の方法 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 座浴 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> その他(                      )
		更衣	介助の状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
	体位変換	介助の状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助	
	移動	介助の状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助	
		器具の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他(                      )	
	【その他介助の状況に関する特記事項】		
	身体の状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 視力がない
		聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 聴力がない
発語		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 発語ができない	
障害手帳等の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   【障害手帳等】	
		手帳等の種類	
	障害名		
	障害の程度(級・度)		
【その他身体の状況に関する特記事項】			

調査項目	内 容																		
医療の状況	<p><input type="checkbox"/> 疾病又は処置(※)があり、常時の看護又は見守りが必要。                  ※ 経管栄養、在宅酸素、胃ろう等</p> <p><input type="checkbox"/> 疾病又は処置があるが、常時の看護又は見守りは不要。</p> <p><input type="checkbox"/> 特に疾病又は処置はない。</p> <p>【疾病又は処置がある場合のその状況】</p> <table border="1" data-bbox="363 465 1425 936"> <thead> <tr> <th data-bbox="363 465 576 521">主な疾病名又は処置名</th> <th data-bbox="580 465 1209 521">治療の状況</th> <th data-bbox="1214 465 1425 521">医療機関名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="363 528 576 607"></td> <td data-bbox="580 528 1209 607"> <input type="checkbox"/>通院 <input type="checkbox"/>往診 <input type="checkbox"/>訪問看護 <input type="checkbox"/>その他( )                      頻度:週 回、1回当たり 時間程度                 </td> <td data-bbox="1214 528 1425 607"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="363 613 576 692"></td> <td data-bbox="580 613 1209 692"> <input type="checkbox"/>通院 <input type="checkbox"/>往診 <input type="checkbox"/>訪問看護 <input type="checkbox"/>その他( )                      頻度:週 回、1回当たり 時間程度                 </td> <td data-bbox="1214 613 1425 692"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="363 698 576 777"></td> <td data-bbox="580 698 1209 777"> <input type="checkbox"/>通院 <input type="checkbox"/>往診 <input type="checkbox"/>訪問看護 <input type="checkbox"/>その他( )                      頻度:週 回、1回当たり 時間程度                 </td> <td data-bbox="1214 698 1425 777"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="363 784 576 862"></td> <td data-bbox="580 784 1209 862"> <input type="checkbox"/>通院 <input type="checkbox"/>往診 <input type="checkbox"/>訪問看護 <input type="checkbox"/>その他( )                      頻度:週 回、1回当たり 時間程度                 </td> <td data-bbox="1214 784 1425 862"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="363 869 576 936"></td> <td data-bbox="580 869 1209 936"> <input type="checkbox"/>通院 <input type="checkbox"/>往診 <input type="checkbox"/>訪問看護 <input type="checkbox"/>その他( )                      頻度:週 回、1回当たり 時間程度                 </td> <td data-bbox="1214 869 1425 936"></td> </tr> </tbody> </table> <p>【その他疾病又は処置に関する特記事項】</p>	主な疾病名又は処置名	治療の状況	医療機関名		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他( ) 頻度:週 回、1回当たり 時間程度			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他( ) 頻度:週 回、1回当たり 時間程度			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他( ) 頻度:週 回、1回当たり 時間程度			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他( ) 頻度:週 回、1回当たり 時間程度			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他( ) 頻度:週 回、1回当たり 時間程度	
主な疾病名又は処置名	治療の状況	医療機関名																	
	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他( ) 頻度:週 回、1回当たり 時間程度																		
	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他( ) 頻度:週 回、1回当たり 時間程度																		
	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他( ) 頻度:週 回、1回当たり 時間程度																		
	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他( ) 頻度:週 回、1回当たり 時間程度																		
	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他( ) 頻度:週 回、1回当たり 時間程度																		
認知症の度合	<p><input type="checkbox"/> IV以上    <input type="checkbox"/> III    <input type="checkbox"/> II    <input type="checkbox"/> I    <input type="checkbox"/> なし</p> <p>※ 認知症の度合いは、「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」(平成5年10月26日老健第136号厚生省老人保健福祉局長通知)による。</p> <p>【認知症の状態にある場合のその状態に関する特記事項】</p> <div data-bbox="352 1491 1422 1906" style="border: 1px solid black; height: 185px; width: 100%;"></div>																		

調査項目	内容																													
生活環境	単身・同居の別	<input type="checkbox"/> 一人暮らし。 <input type="checkbox"/> 家族と同居。(子の家等に同居する場合も含む。)  【家族がいる場合の家族構成】 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>																												
	住居の状況	<input type="checkbox"/> 介護に適していない箇所が多い。 <input type="checkbox"/> ある程度介護に適した状態で整備されているが、介護に適していない箇所が一部ある。 <input type="checkbox"/> ほぼ介護に適した状態で整備されている。																												
介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者(※)がいない。 <input type="checkbox"/> 介護者がいる。 ※ 同居の家族のほか、同居の家族以外の肉親、親類、縁者等も含むが、介護保険等の保健医療福祉サービスによる介護者は除く。以下同じ。  【介護者がいる場合の主たる介護者の状況及び負担(※)】 ※ 肉体的、精神的、経済的負担等を指す。 <table border="1" data-bbox="454 869 1425 1630" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">氏名</th> <th style="width: 40%;">入所希望者との続柄</th> <th style="width: 10%;">年齢</th> <th style="width: 35%;">満( )歳</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>同居の有無</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居( <input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住 )                             </td> </tr> <tr> <td>就労等の状況</td> <td colspan="3">                             週 回、1日当たり 時間、 に従事                         </td> </tr> <tr> <td>疾病・障害等の状況</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 有 (内容: ) <input type="checkbox"/> 無                             </td> </tr> <tr> <td>対応状況</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。                               <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。                               <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。                             </td> </tr> <tr> <td>介護の負担</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 負担が大きい。 <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい。 <input type="checkbox"/> 負担が少ない。                             </td> </tr> <tr> <td>介護者に関する特記事項</td> <td colspan="3" style="height: 100px;"></td> </tr> </tbody> </table>		氏名	入所希望者との続柄	年齢	満( )歳	同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居( <input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住 )			就労等の状況	週 回、1日当たり 時間、 に従事			疾病・障害等の状況	<input type="checkbox"/> 有 (内容: ) <input type="checkbox"/> 無			対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。			介護の負担	<input type="checkbox"/> 負担が大きい。 <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい。 <input type="checkbox"/> 負担が少ない。			介護者に関する特記事項			
氏名	入所希望者との続柄	年齢	満( )歳																											
同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居( <input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住 )																													
就労等の状況	週 回、1日当たり 時間、 に従事																													
疾病・障害等の状況	<input type="checkbox"/> 有 (内容: ) <input type="checkbox"/> 無																													
対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。																													
介護の負担	<input type="checkbox"/> 負担が大きい。 <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい。 <input type="checkbox"/> 負担が少ない。																													
介護者に関する特記事項																														

調査項目	内容																		
介護保険の居宅サービス又は介護保険以外の福祉サービス等の利用状況	<input type="checkbox"/> 利用している。 <input type="checkbox"/> 利用していない。																		
	【利用している場合の状況】																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="459 322 596 427">介護保険の居宅サービス(※)の利用状況</th> <th data-bbox="601 322 804 360">サービス種類</th> <th data-bbox="809 322 1430 360">利用頻度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>週・月( )回 1回当たり( )時間・日程度</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>週・月( )回 1回当たり( )時間・日程度</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>週・月( )回 1回当たり( )時間・日程度</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>週・月( )回 1回当たり( )時間・日程度</td> </tr> <tr> <td colspan="3" data-bbox="459 568 1430 600">全サービス合わせて、支給限度額の( )%程度利用</td> </tr> </tbody> </table>	介護保険の居宅サービス(※)の利用状況	サービス種類	利用頻度			週・月( )回 1回当たり( )時間・日程度			週・月( )回 1回当たり( )時間・日程度			週・月( )回 1回当たり( )時間・日程度			週・月( )回 1回当たり( )時間・日程度	全サービス合わせて、支給限度額の( )%程度利用		
	介護保険の居宅サービス(※)の利用状況	サービス種類	利用頻度																
			週・月( )回 1回当たり( )時間・日程度																
			週・月( )回 1回当たり( )時間・日程度																
		週・月( )回 1回当たり( )時間・日程度																	
		週・月( )回 1回当たり( )時間・日程度																	
全サービス合わせて、支給限度額の( )%程度利用																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="459 607 596 712">介護保険以外の福祉サービス等の利用状況</th> <th data-bbox="601 607 804 645">サービス種類</th> <th data-bbox="809 607 1430 645">利用頻度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	介護保険以外の福祉サービス等の利用状況	サービス種類	利用頻度																
介護保険以外の福祉サービス等の利用状況	サービス種類	利用頻度																	
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="459 853 596 1003">対応状況</td> <td data-bbox="601 853 1430 1003"> <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。  <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。  <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。                 </td> </tr> </table>	対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。																	
対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。																		
※ 居宅療養管理指導、認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護を除く。 福祉用具貸与については、利用回数欄に福祉用具の品目を記載。																			

調査項目	内 容
<p>その他入所 申込みに関し て特に留意す べき事項</p>	<p>(前記調査項目以外で、入所申込みに関して特に留意すべき事項があれば記載してください。)</p>