

調 査 票

年 月 日調査

申込年月日	年 月 日	受付番号			
フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳)		
申込者氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
本人の状況	介護認定	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 申請(更新・変更)中		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			
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	認知症日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
	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 月頃より 施設名等【 】 住居種別番号(裏面より選択)【 】			
	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 (上記単位合計) _____ 単位 ÷ 要介護1~5の区分支給限度基準額の平均 = _____ 割	
			包括単位	<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 <input type="checkbox"/> 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1	フリガナ			家族の構成
	氏名				
	続柄	年齢	歳		
	住所	〒 -			
介護者2	フリガナ				
	氏名				
	続柄	年齢	歳		
	住所	〒 -			
特記事項	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			
	家族等の介護拒否	理由:			
	遠距離介護	理由:			
	長期にわたる介護	理由:			
	施設等からの退所	理由:			
	住環境問題	理由:			
	経済的理由による居宅サービス利用状況	理由:			
	経済的理由により入所先が限定	理由:			
	在宅における医療的処置	理由:			
	点数化できない認知症	理由:			
	知的障害・精神障害等	理由:			
居住地域の介護サービスが不十分	理由:				
介護負担が大きい	理由:				
その他	理由:				
備考					
調査担当者名		職 種	<input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 ()		
受付担当者名		職 種	<input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネ <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