

調査票 (むつみ苑入所用)

記入者	名前			入所申込者との関係		
	所属					
	所属住所	〒				
	電話					
記入日	年	月	日			
入所申込者の状況	フリガナ			生年月日		
	名前					
	現住所	〒				
	医療状況	現在治療中の病名				
		主治医病院名・ 病院住所・ 担当医師名	住所:	-	-	主治医:
在宅サービス利用率	()	%	※申込日の属する月の前3か月について、[利用単位合計 ÷ 支給限度額合計] (少数点以下四捨五入) により算出			
入所申込者の身体状況等	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 眼鏡使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ (自立・声がけ誘導・一部介助・全介助)	
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ときどき可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可		移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> 不可	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	整容	洗面: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
認知症・精神状態等	<input type="checkbox"/> 認知症 有 [認知症高齢者の日常生活自立度:Ⅲa] <input type="checkbox"/> 認知症の行動・心理症状(BPSD) 有 <input type="checkbox"/> 精神障がい 有 <input type="checkbox"/> 知的障がい 有 ※上記項目に該当がある場合は、下欄に認知症や精神障がい等に伴う行動や症状等を具体的に記載 () <input type="checkbox"/> 特になし					
手帳の有無	身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障がい名:)					
	療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級:)					
	精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級:)					
施設記入欄						

介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいるため介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢・病気等で十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障がい等を有するなど、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が長期入院中で、介護が困難 <input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない ※該当する状況にチェックしてください(複数回答可)	
	在宅生活が困難な理由(次の該当する選択肢にチェックし、具体的内容を記載)	
介護支援専門員等の意見	<input type="checkbox"/> 本人の心身の状況 内容：	
	<input type="checkbox"/> 経済的理由 内容：	
	<input type="checkbox"/> 主たる介護者の健康状態 内容：	
	<input type="checkbox"/> 家族の介護負担 内容：	
	<input type="checkbox"/> 住環境 内容：	
その他特記事項		

※各項目については、原則 介護支援専門員、病院・施設の相談員等、入所申込者の状況を把握している方がご記入下さい。