

地域密着型特別養護老人ホーム「アゼリア」入居申込書別紙（調査票）
（在宅生活者用）

入居希望者氏名		記入者名	印
記入者所属・職名 (※)	所 属	連絡先	入所希望者
	職 名	電話番号	記入者

※居宅介護支援事業所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										
入居区分	☐ 一 般 ☐ 特 例										
要介護度	要介護度	☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5									
	要介護認定期間	年 月 日 ～ 年 月 日									
介護の状況	食 事	介助の状況	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 経管栄養								
		食事の内容	(主食) ☐ 普通 ☐ 粥 ☐ ミキサー ☐ その他 () (副食) ☐ 普通 ☐ きざみ ☐ ミキサー ☐ その他 ()								
			食事の制限	☐ 無 ☐ 有 ()							
	排せつ (日中)	介助の状況	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助								
		排泄の方法	☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ おむつ ☐ その他 ()								
	排せつ (夜間)	介助の状況	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助								
		排泄の方法	☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ おむつ ☐ その他 ()								
	入 浴	介助の状況	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助								
		入浴の方法	☐ 普通 ☐ 座浴 ☐ 特浴 ☐ その他 ()								
	更 衣	介助の状況	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助								
	体位変換	介助の状況	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助								
	移 動	介助の状況	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助								
		器具の使用	☐ なし ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ リクライニング式車椅子 ☐ ストレッチャー ☐ その他 ()								
	障がい高齢者の日常生活自立度	☐ J ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2 ※「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」(平成3年11月18日老健第102-2号厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知による)									
	【その他介助の状況に関する特記事項】										
身体の状態	視 力	☐ 普通 ☐ やや悪い ☐ 悪い ☐ 見えない									
	聴 力	☐ 普通 ☐ やや悪い ☐ 悪い ☐ 聞こえない									
	発 語	☐ 普通 ☐ やや悪い ☐ 悪い ☐ 声が出ない									
	障害者手帳等の有無	☐ 無 ☐ 有		【障害手帳等】							
				手帳等の種類							
				障害名							
				障害の程度(級・度)							
	麻痺	☐ 無	☐ 有	☐ 左	☐ 右	☐ 完全麻痺	☐ 不全麻痺	関節制限		☐ 無 ☐ 有	
	【その他身体の状態に関する特記事項】										

調査項目	内 容												
認知症の症状	【認知症の度合い】 ☐なし ☐Ⅰ ☐Ⅱ ☐Ⅲ ☐Ⅳ ☐Ⅴ ※認知症の度合いは、「認知症である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135号厚生省老人保健福祉局長通知)による 【主な周辺症状】 ☐徘徊 ☐妄想 ☐異食 ☐攻撃行為 ☐夜間不眠 ☐興奮 ☐不潔行為 ☐その他 () 【認知症に関する特記事項】												
医療の状況	【現在の状況】 ☐疾患があり、服薬している。 ☐疾患があり、処置(※)をしている。 (※)⇒☐経鼻栄養 ☐胃瘻 ☐在宅酸素 ☐インスリン注射 ☐人工肛門 ☐バルーンカテーテル ☐その他 () ☐疾患はあるが、現在症状は安定しており、服薬や処置の必要はない。 ☐特に治療中の疾患はなく、処置の必要性もない。 【疾患(既往歴)又は処置がある場合 その他の状況】 <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">主な疾患(既往歴)名 又は処置名</th><th>治療の状況</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td> ☐服薬治療 ☐入院治療 ☐配置医師の診察 ☐外部への通院 ☐その他 () </td></tr> <tr> <td></td><td> ☐服薬治療 ☐入院治療 ☐配置医師の診察 ☐外部への通院 ☐その他 () </td></tr> <tr> <td></td><td> ☐服薬治療 ☐入院治療 ☐配置医師の診察 ☐外部への通院 ☐その他 () </td></tr> <tr> <td></td><td> ☐服薬治療 ☐入院治療 ☐配置医師の診察 ☐外部への通院 ☐その他 () </td></tr> <tr> <td></td><td> ☐服薬治療 ☐入院治療 ☐配置医師の診察 ☐外部への通院 ☐その他 () </td></tr> </tbody> </table> 【その他疾患及び服薬状況又は処置に関する特記事項】	主な疾患(既往歴)名 又は処置名	治療の状況		☐ 服薬治療 ☐ 入院治療 ☐ 配置医師の診察 ☐ 外部への通院 ☐ その他 ()		☐ 服薬治療 ☐ 入院治療 ☐ 配置医師の診察 ☐ 外部への通院 ☐ その他 ()		☐ 服薬治療 ☐ 入院治療 ☐ 配置医師の診察 ☐ 外部への通院 ☐ その他 ()		☐ 服薬治療 ☐ 入院治療 ☐ 配置医師の診察 ☐ 外部への通院 ☐ その他 ()		☐ 服薬治療 ☐ 入院治療 ☐ 配置医師の診察 ☐ 外部への通院 ☐ その他 ()
主な疾患(既往歴)名 又は処置名	治療の状況												
	☐ 服薬治療 ☐ 入院治療 ☐ 配置医師の診察 ☐ 外部への通院 ☐ その他 ()												
	☐ 服薬治療 ☐ 入院治療 ☐ 配置医師の診察 ☐ 外部への通院 ☐ その他 ()												
	☐ 服薬治療 ☐ 入院治療 ☐ 配置医師の診察 ☐ 外部への通院 ☐ その他 ()												
	☐ 服薬治療 ☐ 入院治療 ☐ 配置医師の診察 ☐ 外部への通院 ☐ その他 ()												
	☐ 服薬治療 ☐ 入院治療 ☐ 配置医師の診察 ☐ 外部への通院 ☐ その他 ()												

調査項目	内 容																						
退居（院）となった場合、在宅での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	☐利用している ☐利用していない ※現実的に退居（院）が難しい場合でも、退居（院）となり、在宅生活になった際に必要と考えられるサービスを記入してください。 【利用している場合の状況】 <table border="1"> <tr> <td rowspan="7">介護保険の居宅サービス(※)の利用状況</td> <td>サービス種類</td> <td>利用頻度</td> </tr> <tr> <td></td> <td>週・月（ ）回 1回当たり（ ）時間・日程度</td> </tr> <tr> <td></td> <td>週・月（ ）回 1回当たり（ ）時間・日程度</td> </tr> <tr> <td></td> <td>週・月（ ）回 1回当たり（ ）時間・日程度</td> </tr> <tr> <td></td> <td>週・月（ ）回 1回当たり（ ）時間・日程度</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">全サービス合わせて、支給限度額の（ ）%程度利用</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">介護保険以外の福祉サービス等の利用状況</td> <td>サービス種類</td> <td>利用頻度</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>対応状況</td> <td> ☐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。 ☐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。 ☐介護が必要な場合に、ほぼ対応が出来る。 </td> </tr> </table> ※居宅介護療養管理指導、痴呆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。	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			対応状況	☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 介護が必要な場合に、ほぼ対応が出来る。
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																					
対応状況	☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 介護が必要な場合に、ほぼ対応が出来る。																						

調査項目	内 容
その他入所申込みに関して特に留意すべき事項	※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下さい。 （例 生活歴等について、家族構成図や入居希望者に対するご家族の関わりについて等）