

管理No.	QMS-7200	契約管理規定	発行元	品質管理室
初版発行日	2001.12.01	様式-7205 介護老人福祉施設入所申し込み書 (2)	ページ数	2/2
版数・発行日	1 2001.12.01		軽微改定	2015.02.01

調査票 記入日：令和 年 月 日

現況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 入院中(病院名) <input type="checkbox"/> 入所中(施設名) ・継続中の入院又は入所開始日： 年 月 日 ・申込日時の入院、入所等の期間(年 ヶ月)				
A D L 状 況	移動	歩行 杖 歩行器 手押し 車椅子()	介助	自立 見守り 一部介助 全介助	
	食事	主) 普通 粥食 ミキサー (箸・スプーン)	介助	自立 見守り 一部介助 全介助	
		副) 普通 一口大 キザミ 極キザミ ミキサー			
	排泄	日中) トイレ Pトイレ 尿器 パット リハバン オムツ	介助	自立 見守り 一部介助 全介助	
		夜間) トイレ Pトイレ 尿器 パット リハバン オムツ			
	入浴	一般浴 浴中EV 機械浴 シャワー浴	介助	自立 見守り 一部介助 全介助	
整容	洗面：自立 一部 全介助 歯磨き：自立 一部 全介助 入れ歯：有 <input type="checkbox"/> 部分(上下) 総 その他()				
衣服着脱	介助	自立 見守り 一部介助 全介助	その他		
心 身 状 況	視力	普通 見えにくい 見えない	【眼鏡】 有 無		
	聴力	普通 やや聴こえにくい 聞こえにくい 聴こえない(右・左)	【補聴器】 有 無		
	発語	普通 やや不明瞭 不明瞭 なし			
	認知症	認知症: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 失見当: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	理解力	普通 わかりにくい わからない ※	
	精神面	落ち着いている 精神的障がいあり()			
健 康 状 態	病歴等				
	主治医			TEL	
	通院中の 病院	病院名	診療科	担当医師	
	医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃瘻 鼻腔 腸瘻) <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インシュリン注射(回/日) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 褥瘡() <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> モニター <input type="checkbox"/> 痰の吸引 回/日() <input type="checkbox"/> その他			
	感染症	<input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肝炎() <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス(COVID-19) 年 月 日 <input type="checkbox"/> インフルエンザ 型 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他()			
拘縮	<input type="checkbox"/> 有(肩 肘 指 股 膝 足) <input type="checkbox"/> 無	麻痺	<input type="checkbox"/> 有(左右両上肢/左右両 下肢 <input type="checkbox"/> 無		

	皮膚疾患	無 有()	褥瘡	無 有()	
	便秘	無 有(服薬 有 無)	浣腸	睡眠	良 不良(服薬 有 無)
介護の状況	主たる介護者氏名		年齢 歳	性別 男 女	続柄
	就労状況	就業中 共働き 育児	その他()		
	介護期間	年 月頃から	その他の介護者	無 有(名)	
	緊急対応ができる方①		住所		
			TEL		
	緊急対応ができる方②		住所		
			TEL		
	緊急対応ができる方③		住所		
TEL					
担当ケアマネージャー		事業所名			
担当相談員(入院等)		病院名			
住環境	区分	持家 借家	住宅改修	可 不可 改修済み()	
	立地等	在宅サービス利用に問題点 無 有 (送迎・訪問・その他)			
【特記事項 在宅での介護が困難な具体的な理由等なんでもお書きください。】					

理事長	施設長	部長	主任	リーダー	相談員