



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)			
生活状況	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		
衣服着脱	介助 自立 見守り 一部介助 全介助 その他				
身体状況	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	無 有( ) 理解力 普通 わかりにくい わからない			
	精神面	安定 不安定 その他(幻覚、幻聴等)			
健康状態	病名(病歴)				
	主治医			TEL	
	医療状況	胃瘻 鼻腔 その他経管( )カテーテル ストマ インシュリン 在宅酸素 その他( )			
	感染症	無 有( )	アレルギー	無 有( )	
	拘縮	無 有( )	麻痺	無 有( )	
	皮膚刺激	普通 弱い	褥瘡	無 有( )	
	湿疹	無 有( )	便秘	無 有( 服薬 有 無 ) 浣腸	
	睡眠	良 不良(服薬 有 無)	嚥下	異常なし むせる 詰める	
入れ歯	無 有【 上(総部分) 下(総部分) 】	口腔清拭	要 不要		
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)	
	窓口相談	無・有(□介護事業所 □役所 □在宅介護支援センター □包括支援センター □その他) 居宅介護支援事業所( ) ケアマネ( ) 病院( ) 相談員( )			
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)			
【介護上の悩み・困っていること・その他情報等】 ※別紙にてお書き頂いても構いません。					