

調 査 票

記入日 平成 年 月 日		申請者	氏名											印	施設受付印		
			住所	〒													
			電話	() -													
			携帯	() -													
入 所 希 望 者 の 状 況	ふりがな											生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)			施設記入欄	
	氏名											印	性別	男・女			
	住所	〒										電話	() -				
	介護保険保険者											要介護状態区分等	要支援(1・2)、要介護(1・2・3・4・5)				
	保険者番号											被保険者番号					
	認定有効期限	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日															
	居宅介護支援事業所 (ケアマネージャー)	<input type="checkbox"/> いる	事業所名														
		<input type="checkbox"/> いない	担当者氏名										電話	() -			
	現 況	<input type="checkbox"/> 一人で暮している <input type="checkbox"/> 家族と暮している(人暮らし)															
		<input type="checkbox"/> 特養・老健・病院等に入っている(入所、入院中の方は、下記にご記入ください)															
		※施設・病院名 _____ 住所 _____															
		※入所、入院時期 平成 年 月頃から															
	入 所 希 望 の 理 由	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護する者がいない <input type="checkbox"/> 長期入院や県外在住等により介護する者がいない															
<input type="checkbox"/> 介護者が、要介護(支援)、障害、病気で十分な介護ができない																	
<input type="checkbox"/> 介護者が、就労、複数介護、育児中であり十分な介護ができない																	
<input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きく、十分な介護ができない																	
<input type="checkbox"/> 居住・衛生環境の事情により、十分な介護ができない																	
<input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所、退院を迫られているが、自宅での介護ができない																	
<input type="checkbox"/> その他()																	
希 望 時 期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい																
	<input type="checkbox"/> 平成 年 月頃(まで・以降)に入所したい																
施 設 の 申 込 状 況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他施設にも申請している(参考までに下記にご記入ください)																
	当施設入所申込年月日	昭和・平成 年 月 日(ご不明の場合は当施設で記入します)															
	施 設 名										入 所 申 込 年 月						
											平成 年 月						
											平成 年 月						
医 療 状 況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じよく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素																
	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他()																
	現在治療中の病名																
主治医病院名										担当医師名							
主 介 護 者	ふりがな											生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)				
	氏名											性別	男・女 本人との関係				
	住所	〒										同居有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している				
	電話	() -										<input type="checkbox"/> その他()					