

# 入所調査票

対象者氏名		被保険者番号										記入日	年	月	日
-------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	---	---	---

※入所希望者について、該当するものに○をつけてください(申し込み時の状態)

## 1、在宅(現在の居所)での介護の継続について

( ) 現在の状況で継続可能	( ) 居宅サービス追加等で継続可能
( ) 在宅(現在の居所)での介護の継続は困難 … 下記に理由を記載	
継続困難理由	

## 2、本人の生活状況

食 事	・自分で食べている ・少し手伝いが必要 ・全て介助している ・胃瘻 ・鼻注					
	食事形態	主食 ( )		副食 ( )		
	摂食状況	・普通 ・多い ・少ない ・拒否がある				
	むせ込み	・ある ・ときどきある ・ない		トロミ剤	・ある ・ときどきある ・ない	
備考(一部介助などの場合はどのような介助方法かなど)						
排 泄	・自立している ・自分で行くが手伝いが必要 ・全て介助している					
	・下着使用 ・リハビリパンツ使用 ・オムツ使用 ・バルーンカテーテル ・ストーマ					
	排泄方法	昼間	・トイレ ・ポータブルトイレ ・オムツを換えている ・その他			
		夜間	・トイレ ・ポータブルトイレ ・オムツを換えている ・その他			
排便頻度	・普通 ・多い ・便秘気味 ・下痢気味					
備考(一部介助などの場合はどのような介助方法かなど)						
移 乗	・自分で行える ・少し手伝いが必要 ・全て介助が必要					
	備考(一部介助などの場合はどのような介助方法かなど)					
移 動	・独歩 ・杖を使用 ・シルバーカーを使用 ・歩行器使用 ・車椅子を使用 ( 自操 ・ 介助 )					
	備考(一部介助などの場合はどのような介助方法かなど)					
リスク	予測される事故	転倒	転落	誤嚥	その他 ( )	
視 力	・普通 ・だいたい見える ・ほとんど見えない ・全盲			眼鏡使用有無	有 ・ 無	
聴 力	・普通 ・大声で聞こえる ・ほとんど聞こえない			補聴器有無	有 ・ 無	
言 語	・普通 ・少し不自由 ・不自由 ・なし(コミュニケーション手段: )					
意思疎通	・普通 ・だいたい通じる ・あまり通じない ・判断不能					
医療状況	・インシュリン注射 ・透析 ・在宅酸素 ・褥瘡処置 ・吸痰 ・その他( )					
	備考(医療的処置等について記入下さい)					
認知症	「財布を盗られた」等、被害妄想が	・ある	・ときどきある	・ない		
	目の前にない物が見えたり、聞こえることが	・ある	・ときどきある	・ない		
	泣いたり笑ったり、怒ったり、感情が不安定なことが	・ある	・ときどきある	・ない		
	大声や奇声を出したりすることが	・ある	・ときどきある	・ない		
	暴言・暴行・介護に抵抗することが	・ある	・ときどきある	・ない		
	※認知症の周辺症状による他者への影響	・ある	・ときどきある	・ない		
備考						
特 記	担当CM氏名	事業所/連絡先		Tel Fax		
	意見欄(本人の生活等の状況)					