

様式2

特別養護老人ホーム等入所調査票

1 本人の状況

要介護度	要 介 護	1	2	3	4	5
日常生活自立度	Ⅲa以上	Ⅱa・Ⅱb		I	自立	

2 主たる介護者・家族等の状況

世帯の状況	独 居	高 齢 者 世 帯	そ の 他
介護者の年齢・続柄			
介護者の介護負担	重 い	や や 重 い	軽 い 負 担 な し
介護者の障害や疾病	無・有(
介護者の就労	無・有(職種等 日/週、 時間/日)		
他の要介護者	無・有(要支援、 要介護 1, 2, 3, 4, 5,)		
介護者の育児、家族の病気	無・有(
介護者の介護の関わり方	消 極 的	や や 消 極 的	普 通 積 極 的
他の同居介護補助者	無・有(続柄 日/週程度		
別居血縁者介護協力	無・有(続柄 日/週程度		
近隣者等の介護協力	ほ と ん ど な し	随 時 あ り	常 時 あ り

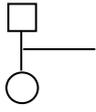
3 調査者の意見

記載者氏名 _____ 印

※できるだけご担当のケアマネージャーさんなどに

記入者

ご記入をお願いして下さい。

家族構成 (主に関わっている方々をご記入下さい)					
病歴・手術歴					
お薬(飲み薬、塗り薬等)					
申込みの経緯					
身長	cm	体重	kg	血压	/
視力	普通・大きい字・物の輪郭・盲・眼鏡(有・無) ()				
聴力	普通・やや大きい声・大声・聾・補聴器(有・無) ()				
言語	普通・やや聞き取りにくい・かなり聞き取りにくい・唾 ()				
麻痺	無し・右麻痺・左麻痺・両麻痺(上・下)				※立位 可・不可
移動	方法	独歩・歩行器・シルバーカー・車椅子(自操可・不可)・リクライニング型			
	介助	自立・見守り・一部介助・全介助 ()			
排泄	方法	トイレ・PTイレ・尿器・パット・紙パンツ・オムツ・バルーンカテーテル			
	介助	自立・誘導・見守り・一部介助・全介助			
入浴	方法	一般浴・個別浴・リフト浴(車いすのまま)・特浴(寝たまま)			
	介助	自立・見守り・一部介助・全介助 ()			
着脱	介助	自立・見守り・一部介助・全介助 ()			
食事	主食	常食・軟飯・おにぎり・全粥・ペースト	経管	鼻腔・胃ろう	
	副食	常菜・一口大・刻み・極刻み・ペースト	栄養		
	介助	自立・見守り・一部介助・全介助 ※平均摂取量 全量・8割・5割以下			
疎通認知	疎通	普通・簡単な事柄のみ・不可能			
	認知症	無・軽度・中度・重度(健忘・昼夜逆転・暴言・暴行・徘徊・放尿・その他 ())			
夜間	睡眠	良眠・不眠 ()			
※過去にアレルギーを起こしたことがありますか? 食品・薬剤・その他 ()					
特記事項					

○担当の介護支援専門員(ケアマネージャー) 事業所名:

担当者名:

○上記ご記入内容に関してのみ、担当ケアマネージャーに情報を伺ってよろしい場合は下記にご同意ください。

特養申請に関する情報に関してのみ、個人情報をお伺うことに 同意します ・ 同意しません