**様式2　　　　　特別養護老人ホーム中通　入居申込調査書**

|  |
| --- |
| 氏名　　　　　 |

　　介護保険被保険者証番号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **調査年月日** | **平成　　年　　月　　日** | **調査者氏名** |  |
| **現状使用施設名** | **□自宅　　□病院　　□特養　　□老健　　□療養型　　□グループホーム　　□その他****（** |
| **介　護　保　険　サ　ー　ビ　ス　確　認　欄****健康保険** | **利用している介護保険サービス****□訪問介護　　□訪問看護　　□訪問入浴　　□通所介護　　□通所ﾘﾊ****□短期入所　　□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **要介護度：　　　　　　調査時点での在宅サービスの利用単位数（　　　　　　　　単位）****他施設の申込状況（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **（種別）** | **年金等** | **（種別）** |
| **障がい者手帳** | **□無　　□有　（手帳の種類　　　　　　　　障害名　　　　　　　　　　　　　　）****判定　（　　　級　　　種、その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **食事** | **□自立　　□一部介助　　□全介助** |
| **内容** | **主食　□普通　　□お粥　　□ミキサー　　□経管栄養****副食　□普通　　□刻み食　□ミキサー　＊食事制限（　　　　　　　　　　　　）****□箸　　　□スプーン　　□フォーク****特別食：****（状況：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **入浴** | **□自立　　□一部介助　　□全介助　（　特浴・　中間浴・　一般浴　）****（状況：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **着脱衣** | **□自立　　□一部介助　　□全介助（状況：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **排泄** | **□自立　　□一部介助　　□全介助****排泄状況（□便器　□尿器　□ポータブル　□オムツ等　□その他（　　　　　　）****下剤服用（有・無）　　　便：　日　回　　　　失禁（有・無）****（状況：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **移動** | **□自立　　　□一部介助　　□全介助****歩行状況（□自立歩行　　　□杖歩行　　　□立位不可）****移動器具の使用（□歩行器　□シルバーカー　□車椅子等　□その他****（状況：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **視力** | **□普通　　　□弱視　　　□全盲　　　　眼鏡使用（有・無）****（状況：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **聴力** | **□普通　　　□大声で聞こえる　　　□難聴****（状況：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **言語・会話** | **□普通　　　□不明瞭　　　□失語　　　□会話不能****（状況：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **認知等** | **□無　　□有（　軽度　・　中度　・　重度　）****問題行動（　□失見当識　　□記憶障害　　□徘徊　　□幻視幻聴　　□暴言暴行****□昼夜逆転　　□不潔行為　　□介護抵抗****精神疾患　（　有　・　無　）　□その他****（状況：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **薬の服用** | **□無　　□有****薬名等：** |

|  |  |
| --- | --- |
| **既往歴** | **昭和・平成　　　年　　　月　　　日（頃）：** |
| **昭和・平成　　　年　　　月　　　日（頃）：** |
| **昭和・平成　　　年　　　月　　　日（頃）：** |
| **昭和・平成　　　年　　　月　　　日（頃）：** |
| **昭和・平成　　　年　　　月　　　日（頃）：** |
| **昭和・平成　　　年　　　月　　　日（頃）：** |
| **【　特記事項　】** |
| **【　介護をしていて困っている事、その他特記すべき事項をお書き下さい　】** |