

入所事前調査票

記入者: _____ 受付者: _____ 記入日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者	フリガナ _____	生年月日 _____	明大昭 _____	年 _____	月 _____	日 _____
	氏名 _____					
介護保険負担限度額認定		<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない				
他の 老人保健施設 申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる (施設名: _____) <input type="checkbox"/> 今後、他の施設も申し込む予定 (施設名: _____)					
今後(退所後)の 予定について	<input type="checkbox"/> 在宅へ復帰する(在宅介護をする) <input type="checkbox"/> 在宅へ復帰しない <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームに申し込んでいる (施設名: _____) <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームに申し込む予定 (施設名: _____) <input type="checkbox"/> 他施設を検討する(グループホーム、ケアハウス 等)					
本人様の状況等 が、どのようになれ ば家に帰ることが 出来ますか？	(例:「居住環境が整ったら」「短距離でも歩けるようになったら」)					
日常生活に ついて	食事	食事摂取方法⇒ <input type="checkbox"/> 自分で食べている <input type="checkbox"/> 一部介助している <input type="checkbox"/> 全介助				
	排泄	排泄形態⇒ <input type="checkbox"/> トイレへ行く <input type="checkbox"/> P-トイレ使用 <input type="checkbox"/> オムツ使用 排泄方法⇒ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	移動	移動手段⇒ <input type="checkbox"/> 杖等使用せずに歩く <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 移動方法⇒ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない				
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 簡単な会話は成立する <input type="checkbox"/> 難しい(ほとんど会話は成立しない)				
認知症・精神の 症状	認知症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※以下の項目に該当する場合はチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 物忘れがある(食事をしたことを忘れる 等) <input type="checkbox"/> 目的もなく動き回る <input type="checkbox"/> 突然大声や奇声を発する <input type="checkbox"/> 物を集めてしまい込む <input type="checkbox"/> トイレ以外で排泄をすることがある <input type="checkbox"/> 食べられないものを食べようとする(ティッシュペーパー 等) <input type="checkbox"/> 実際にはないものが見えたり、聞こえたりする <input type="checkbox"/> 夜間に起きて日中眠ることがある <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も訴える <input type="checkbox"/> 暴言や暴行がある <input type="checkbox"/> 感情が不安定になる(突然泣き出す 等) <input type="checkbox"/> その他(_____)					

