

※提出の際は必ず介護保険証のコピーを添えて下さい
(当園でのコピー可能ですので原本持参でも構いません)

基本調査

氏名	介護度	番号	明・大・昭 年 月 日生 (歳)
住所	電話		— —
生活歴・家族歴 (出身地・家族歴・職歴・退職後の趣味・習慣等)		家族構成	
身元引受人氏名		続柄	職業
住所	電話		— —
上記以外の身内の状況等 (子供・孫・兄弟等の連絡先を、なるべく2箇所以上記載してください)			
氏名	続柄	住所	電話番号
1			
2			
3			

保険証等について

健康保険証	…	後期高齢者	・	国民健康保険	・	健康保険	・	その他 ()
*被保険者氏名								
身体障害者手帳	有・無	種	級	医療限度額証	無・I・II			
愛護手帳	有・無	A	・	B	介護保険限度額証	無・有		
精神障害者手帳	有・無	級		(段階)				

年金等について

国民年金	支給額	2ヶ月	円
厚生年金	支給額	2ヶ月	円
恩給	支給額	3ヶ月	円
他 ()	支給額	2ヶ月	円

申し込み理由・申し込みに至るまでの経緯

※記載内容に変更等あった場合は施設までご連絡ください (所在地・介護度・身体状況など)

*申請日 年 月 日

*申込者

*所在地 施設 ・ 病院 ・ 在宅 ・ その他

名称

*担当ケアマネ

心身状況調書

健康状態等について

結核の既往	有・無	年程前
感染症の既往	有・無	年程前
糖尿病の有無	有・無	投薬あり・注射あり・カロリー制限あり (kcal) ・特になし
麻痺	有・無	部位
拘縮	有・無	部位
褥瘡	有・無	部位 大きさ
アレルギー	有・無	食事 () 薬 ()
認知症	有・無	物忘れ・見当識障害・介護抵抗・徘徊・攻撃行為・不穏興奮 不潔行為・昼夜逆転・帰宅願望・その他 ()
精神状況	不安になりやすい・うつ傾向がある・興奮する・幻覚がある・妄想がある 夜眠れない・その他 ()	
既往歴 (年月日、病名、病院)		現病歴 (年月日、病名、病院)

日常生活動作等について

視力	普通 ・ 大きい字は見える ・ 顔の識別ができる ・ 見えない
聴力	普通 ・ やや大声を要する ・ 大声を要する ・ 聞こえない
会話	普通 ・ 内容を理解できない ・ 言語不明瞭 ・ 話せない ・ 無反応
行動範囲	歩行 ・ 車椅子 ・ 寝たきり
	*歩行状況 (自立・杖・ピックアップ・シルバーカー・歩行器)
	*車椅子 (普通型・リクライニング) (自走・介助)
	*寝返り (可・否) *座位 (可・否)
着脱衣	自立 ・ 見守りが必要 ・ 一部介助 ・ 全介助
嗜好	飲酒 (有・無) 喫煙 (有・無) *1日 本程度 その他 ()
食事	主食 (普通・粥・流動食) 副食 (普通・刻み・その他) ・ 経鼻栄養 ・ 胃瘻
	*箸使用・スプーン使用・その他
	*自立・見守りが必要・一部介助・全介助 *むせ込み (有・無)
	*食事制限 (塩分制限・カロリー制限・水分制限・その他)
排泄	自立 ・ 見守りが必要 ・ 一部介助 ・ 全介助
	*排泄方法 (トイレ・ポータブルトイレ・尿器・紙おむつ・カテーテル・ストマ)
入浴	自立 ・ 見守りが必要 ・ 一部介助 ・ 全介助
	*入浴方法 (一般浴・中間浴・特殊浴・その他)
*在宅サービスの利用状況	
・デイサービス、デイケア 週に 回 ・訪問看護 週に 回 ・ショートステイ 月に 日	
・訪問介護 週に 回 ・訪問入浴 週に 回 ・その他 ()	

※その他集団生活に支障がありましたらお知らせください。