

調 査 票

記入日 平成 年 月 日		申請者	氏 名	印										施設受付印												
			住 所	〒																						
			電 話	() -																						
			携 帯	() -																						
入 所 希 望 者 の 状 況	ふりがな											生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)										施設記入欄			
	氏 名	印										性 別	男 ・ 女													
	住 所	〒										電 話	() -													
	介護保険保険者										要介護状態区分等					要支援(1・2)、要介護(1・2・3・4・5)										
	保険者番号										被保険者番号															
	認定有効期限		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日																							
	居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー)		☐ いる		事業所名																					
			☐ いない		担当者氏名																					
							電話		() -																	
	現 況		☐ 一人で暮している ☐ 家族と暮している(人暮らし)																							
			☐ 特養・老健・病院等に入っている(入所、入院中の方は、下記にご記入ください)																							
			※施設・病院名 _____ 住所 _____																							
			※入所、入院時期 平成 年 月頃から																							
	入 所 希 望 の 理 由		☐ 身寄りがなく介護する者がいない ☐ 長期入院や県外在住等により介護する者がいない																							
			☐ 介護者が、要介護(支援)、障害、病気であり十分な介護ができない																							
☐ 介護者が、就労、複数介護、育児中であり十分な介護ができない																										
☐ 介護者の身体的、精神的負担が大きく、十分な介護ができない																										
☐ 居住・衛生環境の事情により、十分な介護ができない																										
☐ 施設や病院等から退所、退院を迫られているが、自宅での介護ができない																										
☐ その他()																										
希 望 時 期		☐ 今すぐ入所したい																								
		☐ 平成 年 月頃(まで・以降)に入所したい																								
施 設 の 申 込 状 況		☐ 当施設のための申請 ☐ 他施設にも申請している(参考までに下記にご記入ください)																								
		当施設入所申込年月日					昭和・平成 年 月 日(ご不明の場合は当施設で記入します)																			
		施 設 名										入 所 申 込 年 月														
												平成 年 月														
												平成 年 月														
医 療 状 況		☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ IVH ☐ インシュリン注射 ☐ じよく瘡(床ずれ) ☐ 在宅酸素																								
		☐ バルーンカテーテル ☐ 人工肛門 ☐ 人工膀胱 ☐ その他()																								
		現在治療中の病名																								
		主治医病院名										担当医師名														
主 介 護 者	ふりがな											生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)													
	氏 名											性 別	男 ・ 女 本人との関係													
	住 所	〒										同居有無	☐ 同居している ☐ 別居している													
	電 話	() -										☐ その他()														