

対象者氏名		被保険者番号	
今回調査日	年 月 日	前回調査日	年 月 日

調査員氏名		応答者氏名	
居宅介護支援事業所名		本人との関係	
		電話	
要介護度		FAX	
認知症の状況及び頻度			
入居希望の背景 (該当するもの全てを選択)	<input type="checkbox"/> 単身世帯、高齢者世帯等であり家族等の介護者がいない ()		
	<input type="checkbox"/> 主介護者が障害・疾病・高齢の状況にある ()		
	<input type="checkbox"/> 主介護者が育児、家族の看病等を行っている ()		
	<input type="checkbox"/> 主介護者が複数の家族等を介護している ()		
	<input type="checkbox"/> 主介護者が就労しており介護が困難/ 介護により生計維持者の就労が困難 ()		
	<input type="checkbox"/> 同居家族や別居血縁者等による介護への協力が無い ()		
	<input type="checkbox"/> 主介護者や家族等による介護放棄、虐待の危険性がある ()		
	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難である ()		
	<input type="checkbox"/> 介護保険施設、病院等に入院(入所)しているが、退所(退院)の求めがある		
	<input type="checkbox"/> その他		
居宅サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 単位数の80%以上の利用 <input type="checkbox"/> 単位数の50%以上 80%未満の利用 <input type="checkbox"/> 単位数の50%未満の利用		
	◆ 経済的事由による利用制限の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
施設サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒		
入居希望状況	<input type="checkbox"/> 早急に <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 順位到来時		
医療の状況	◆ 既往症の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒		
	◆ 特記事項 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他		
	◆ 通院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
機能回復訓練の必要性			

(注) ・既往症の有無では、感染症疾患やその完治の状態も併せて調査すること。
 ・機能回復訓練の必要性では、どの程度の訓練を求めているか、あるいは必要かを記載すること。
 ・居宅サービス利用票及び別表(写)を添付すること。

グループホーム入居相談時原票

(申込年月日 令和 年 月 日)

申込者氏名		電話番号	()
申込者住所		入所希望者からみた続柄	
入所者希望者名	男・女	明治・大正・昭和	年 月 日生(満 歳)
入所希望者住所		電話番号	()
被保険者番号	市・町 No.	要介護状態区分	

家族等の状況

(1) 同居者の状況	氏名	続柄	年齢	職業等	入所を希望する理由			
						○ 身元引受人(予定者)氏名・住所・連絡先等		
(2) 別居の家族・親近者の状況	氏名	続柄	年齢	職業等	住所	電話番号	備考	

身体・精神状況

コミュニケーション	
起き上がり・歩行	
排泄の自立度	
食事摂取の自立度	
入浴に係る自立度	
着脱衣・身の回り	
認知・問題行動の有無及び程度	
その他 担当介護支援専門員	
他施設の申込状況	