

多摩市介護老人福祉施設 入所調査書

保険者 名称		保険者番号						
--------	--	-------	--	--	--	--	--	--

既往歴 これまでにかかった疾患を記入して下さい

病名	治療先病院名	発症時期
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
その他		

入所希望者の状況 該当箇所をチェックしてください

食事	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可						
	食事形態	主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥食 <input type="checkbox"/> 全粥食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()						
		副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> みじん <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()						
	嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 毎回むせる (とろみ剤の使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)						
排泄	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	尿意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない						
	便意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない						
	下着	日中 <input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パッド						
		夜間 <input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パッド						
場所	日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> その他()							
	夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> その他()							
入浴	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	方法	<input type="checkbox"/> 家庭浴槽 <input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス <input type="checkbox"/> 施設一般浴 <input type="checkbox"/> 施設機械浴 <input type="checkbox"/> シャワーのみ						
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	拒否	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 強くある						
動作等	移動方法	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー (<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定)						
		<input type="checkbox"/> 車いす (自操 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> 寝たきり						
	立位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可						
	座位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可						
	寝返り	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 不可						
	麻痺の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他)						
身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> メガネ使用						
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 補聴器使用 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)						
	言語	<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 聞こえづらい <input type="checkbox"/> 話せない						
	意思	<input type="checkbox"/> 疎通できる <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> 疎通できない						
	睡眠	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 眠れないことが多い <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 睡眠薬の使用 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)						
	嗜好品等	飲酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (酒類・頻度・量など)						
		タバコ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (本/日)						

経済状況 該当箇所をチェックしてください

生活保護	<input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 受給している 市・区役所等名 (/担当者)
------	---