調　査　票

申請者		
氏名		
住所	〒	
電話	(　　)　　－	
携帯	(　　)　　－	

記入日	令和　　年　　月　　日

施設受付印

施設記入欄

入所希望者の状況

ふりがな		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日(　　歳)		
氏名		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	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日				
居宅介護支援事業所(ケアマネージャー)	□いる □いない	事業所名			
		担当者氏名		電話	(　　)　　－
負担限度額	段階	収入	(　　)年金	年額	円/年
その他	種別:	円/年	預貯金	円	被爆者手帳　有・無

現況	□一人で暮している　□家族と暮している(　　人暮し)
	□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　令和　　年　　月頃から
入所希望の理由(複数回答可)	□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
	□令和　　年　　月頃(まで・以降)に入所したい
施設の申込状況	□当施設のみの申請　□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)

施設名	入所申込年月
	平成(令和)　　年　　月
	平成(令和)　　年　　月
	平成(令和)　　年　　月

医療状況	□経管栄養　□胃ろう　□IVH　□インシュリン注射　□じょく瘡(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	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 □その他(　　)		
電話	(　　)　　－				