



小規模多機能型居宅介護 ほほえみの里 「個別状況調査票」

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			
入所希望の背景 (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 ⇒    ( )		
入所希望状況	<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。