

# 基本調査書 1

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                     |         |                                                           |                                                                                                                                                                 |                                                              |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--|
| 本人の状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ふりがな                                                                                                                                |         | 性別                                                        | 生年月日                                                                                                                                                            |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 氏名                                                                                                                                  |         | 男・女                                                       | 大・昭 年 月 日                                                                                                                                                       |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 住所                                                                                                                                  |         | 〒 電話番号 ( )                                                |                                                                                                                                                                 |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 本籍地                                                                                                                                 |         |                                                           |                                                                                                                                                                 |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 介護保険証 No.                                                                                                                           |         |                                                           | 要介護度 要支援 1・2<br>要介護 1・2・3・4・5                                                                                                                                   |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日                                                                                                            |         |                                                           |                                                                                                                                                                 |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 負担限度額 段階                                                                                                                            |         | 介護保険負担割合 割                                                |                                                                                                                                                                 | 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 医療保険種類 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 No. |         |                                                           |                                                                                                                                                                 |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 年金種類 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金                                      |         |                                                           | 障害者手帳種類 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 無 ( )                                      |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 学歴                                                                                                                                  |         |                                                           | 職歴                                                                                                                                                              |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 結婚歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                                                           |         | 離婚歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |                                                                                                                                                                 | 子どもの数 男 人・女 人                                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 生活歴                                                                                                                                 |         |                                                           |                                                                                                                                                                 |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 担当 ケアマネジャー                                                                                                                          |         | 事業所名: 氏名:                                                 |                                                                                                                                                                 |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 入所・入居申込者のみ                                                                                                                          | 現在の住居   |                                                           | <input type="checkbox"/> 自宅( <input type="checkbox"/> 一人暮らし / <input type="checkbox"/> 家族( ) と同居<br><input type="checkbox"/> 施設・病院 施設・病院名( )<br>入所・入院日 令和 年 月 日 |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                     | 入所希望時期  |                                                           | <input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 一年以内 <input type="checkbox"/> その他( )                                        |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                     | 他施設申込状況 |                                                           | ① ② ③                                                                                                                                                           |                                                              |  |
| 現在受けているサービスの状況<br><input type="checkbox"/> 訪問介護( )<br><input type="checkbox"/> 訪問入浴( )<br><input type="checkbox"/> 訪問看護( )<br><input type="checkbox"/> 訪問リハビリ( )<br><input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導( )<br><input type="checkbox"/> 通所介護( )<br><input type="checkbox"/> 通所リハビリ( )<br><input type="checkbox"/> 短期入所生活介護( )<br><input type="checkbox"/> 短期入所療養介護( )<br><input type="checkbox"/> 小規模多機能型介護( )<br><input type="checkbox"/> 福祉用具貸与( )<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                                                                                                                                     |         | 家族図(ジェノグラム)<br>※事業所で記入                                    |                                                                                                                                                                 |                                                              |  |

## 基本調査書 2

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |     |       |           |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|-------|-----------|
| 同居者氏名     | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 続柄                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 生年月日 | 職業  | 心身状況  | 電話番号(携帯等) |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |     |       |           |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |     |       |           |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |     |       |           |
| 近親者氏名     | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 続柄                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 生年月日 | 職業  | 住所    | 電話番号(携帯等) |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |     |       |           |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |     |       |           |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |     |       |           |
| 本人の状況     | 既往歴                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | いつ頃                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 病名   | 病院名 |       |           |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |     | 外来・入院 |           |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |     | 外来・入院 |           |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |     | 外来・入院 |           |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |     | 外来・入院 |           |
|           | 医療                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> インスリン注射(回数:      ) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養<br><input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析(回数:      ) <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開<br><input type="checkbox"/> 褥瘡(部位:                              )                                                                                                                                                                                                                                                     |      |     |       |           |
|           | 食事                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 自立    好き嫌い・アレルギー等(                                              )<br><input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔<br>主食: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー<br>副食: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー<br>水分のトロミ: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |      |     |       |           |
|           | 排泄                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 自立<br><input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br><input type="checkbox"/> トイレ(日中・夜) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ(日中・夜)<br><input type="checkbox"/> オムツ(日中・夜) <input type="checkbox"/> リハビリパンツ(日中・夜)<br><input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ                                                                                                                                                                                                                                             |      |     |       |           |
| 入浴        | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br><input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |     |       |           |
| 移動        | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器<br><input type="checkbox"/> 車椅子(自走・一部介助・全介助)<br>車椅子タイプ: <input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> ティルト型 <input type="checkbox"/> リクライニング型                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |     |       |           |
| 認知症等による障害 | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転<br><input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 火の不始末 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |     |       |           |