

特別養護老人ホーム エルピス 個別状況調査票

記入例

対象者氏名	氏名をご記入下さい。	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	※未記入で結構です。	応答者氏名	
居宅介護支援事業所名		本人との関係	
要介護度		電 話	
認知症の状況及び頻度		FAX	
入所希望の背景 (該当するもの全てを選択)	☐ 単身世帯、高齢者世帯等であり家族等の介護者がいない () ☐ 主介護者が障害・疾病・高齢の状況にある (記入例:介護が全く困難なのか、多少介護が可能なのか等ご記入下さい。) ☐ 主介護者が育児、家族の看病等を行っている (記入例:常時の育児や看病が必要なのか、半日ほど必要なのか等ご記入下さい。) ☐ 主介護者が複数の家族等を介護している (記入例:主介護者が全く困難なのか、多少介護が可能なのか等ご記入下さい。) ☐ 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 (記入例:介護により生計維持者の就労が困難または、多少介護が可能か等ご記入下さい。) ☐ 同居家族や別居血縁者等による介護への協力が無い (記入例:ほとんどいない、又はいない、多少協力可能等ご記入下さい。) ☐ 主介護者や家族等による介護放棄、虐待の危険性がある () ☐ 居住環境の事情により十分な介護が困難である (記入例:借家等の住居状況、経済的状況、地域性等により在宅介護困難等ご記入下さい。) ☐ 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 ☐ その他		
施設や病院等に入所又は、入院している方で、具体的に退所や退院の求めがある方のみ ☒ を入れて下さい。	☐ 無 ☐ 有 ⇒ ☐ 単位数の80%以上の利用 ☐ 単位数の50%以上 80%未満の利用 ☐ 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 ☐ 無 ☐ 有		
居宅サービスの利用状況	☐ 無 ☐ 有 ⇒ ☐ 単位数の80%以上の利用 ☐ 単位数の50%以上 80%未満の利用 ☐ 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 ☐ 無 ☐ 有		
施設サービスの利用状況	☐ 無 ☐ 有 ⇒ ☐ 単位数の80%以上の利用 ☐ 単位数の50%以上 80%未満の利用 ☐ 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 ☐ 無 ☐ 有		
入所希望状況	☐ 早急に ☐ 半年以内 ☐ 1年以内 ☐ 順位到来時		
医療の状況	◆ 既往症の有無 ☐ 無 ☐ 有 ⇒ ☐ 単位数の80%以上の利用 ☐ 単位数の50%以上 80%未満の利用 ☐ 単位数の50%未満の利用 ◆ 特記事項 ☐ 経管栄養 ☐ カテーテル ☐ ストマ ☐ インシュリン注射 ☐ 在宅酸素 ☐ その他 ◆ 通院の有無 ☐ 無 ☐ 有 (		
機能回復訓練の必要性	☐ 無 ☐ 有 ⇒ ☐ 単位数の80%以上の利用 ☐ 単位数の50%以上 80%未満の利用 ☐ 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 ☐ 無 ☐ 有		

(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記入すること。
・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。

特別養護老人ホームエルピス個別状況調査票

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	
要介護度		電 話	
認知症の状況及び頻度		FAX	
入所希望の背景 (該当するもの全てを選択)	☐ 単身世帯、高齢者世帯等であり家族等の介護者がいない () ☐ 主介護者が障害・疾病・高齢の状況にある () ☐ 主介護者が育児、家族の看病等を行っている () ☐ 主介護者が複数の家族等を介護している () ☐ 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 () ☐ 同居家族や別居血縁者等による介護への協力が無い () ☐ 主介護者や家族等による介護放棄、虐待の危険性がある () ☐ 居住環境の事情により十分な介護が困難である () ☐ 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 ☐ その他		
居宅サービスの利用状況	☐ 無 ☐ 有 ⇒ ☐ 単位数の80%以上の利用 ☐ 単位数の50%以上 80%未満の利用 ☐ 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 ☐ 無 ☐ 有		
施設サービスの利用状況	☐ 無 () ☐ 有 ⇒ ()		
入所希望状況	☐ 早急に ☐ 半年以内 ☐ 1年以内 ☐ 順位到来時		
医療の状況	☒ 既往症の有無 ☐ 無 () ☐ 有 ⇒ () ☒ 特記事項 ☐ 経管栄養 ☐ カテーテル ☐ ストマ ☐ インシュリン注射 ☐ 在宅酸素 ☐ その他 ☒ 通院の有無 ☐ 無 ☐ 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。