様式第36号

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 回覧 | 市町村長 | 副町長 | 課長 | 副課長 | 課　員 | 担当者 |
|  |  |  |  |  |  |

施設入所者実態調査票

　　年　　月　　日実施

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入所者氏名 | | 明大昭　年　月　日生(　歳)男・女 | | | | | | | |
| 施設名 | |  | | | | 入所年月日 | | | 年　　月　　日 |
| 入所者住所 | | 郡・市　　　町・村大字　　　字　　　番地 | | | | | | | |
| 身元引受人 | |  | | 続柄 |  | | 職業 | |  |
| 住所 | 県　　郡市　　町村  大字　　　字　　　番地 | | | | 電話  ☎ | | (　　) |
| 日常生活状況 | 着脱衣 | 1　自立　　2　一部介助　　3　全介助 | | | | | | | |
| 歩行 | 1　自立　　2　一部介助　　3　全介助 | | | | | | | |
| 食事 | 1　自立　　2　一部介助　　3　全介助 | | | | | | | |
| 入浴 | 1　自立　　2　一部介助　　3　全介助 | | | | | | | |
| 排泄 | 1　自立　　2　一部介助　　3　全介助 | | | | | | | |
| 精神状況 | 1　正常　　2　精神障害あり　(ア)　痴呆(重度　中度　軽度)  　　　　　　　　　　　　　　(イ)　その他(　　　　　　　　)  　　　　問題行動(　　徘徊　　失禁　　その他―　　　　　) | | | | | | | | |
| 医療の状況 | | 有・無　1　病院名(　　　　　)入院・通院(月　回)  　　　　2　病名(①　　　　　　②　　　　　　)  　　　　3　保険区分……国保・健保・共済・生保・その他(　)  　　　　4　医療給付制度……老保・重度医療・その他(　　) | | | | | | | |
| 手帳 | | 身体障害者手帳 | | | | | | 療育手帳 | |
| 有(福島県　第　　号　　級)・無 | | | | | | 有(A・B)・無 | |
| 収入状況 | | 1　年金(種別　　　　　級)　　　年額　　　　　円  2　その他(　　　　　)月　　　　　　円 | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 家庭との交流状況 | 外泊 | 有(1　盆　2　正月　3　その他)年間　　日  無(理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 面会 | 有　誰が(1配偶者　2子　3父母　4兄弟姉妹　5その他)　　　年・月　　　　回  無(理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 音信 | 有　1手紙(誰　　　　　年・月　　　　　　回)  　　2電話(誰　　　　　年・月　　　　　　回)  無(理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 所持金の状況 | 年　　月　　日  　　　　　　　　　　現在高　　　　　　　　　　円 | |
| 入所者の意見・要望等 | 家庭に対して |  |
| 市町村に対して |  |
| 施設長・指導員の意見・要望等 | 出身世帯に対して |  |
| 市町村に対して |  |
| 面接者 | 1　本人  2　担当指導員・寮母(氏名　　　　・　　　　・　　　　)  3　その他 | |
| 調査員の意見等 | 1　入所継続適当と認められる。  2　家族関係の改善を要する。(面会等)  3　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | |
| 上記のとおり調査結果を報告します。  　　　　　　　　　長　様  　　　　　　年　　月　　日  調査員　職　　　　　　　氏名　　　　　　　　㊞ | | |