

調 査 票

現 況	世帯状況 ・ 独 居 ・ 高齢者所帯 ・ 家族同居	申込時に入院、又は入所されている場合は下記もご記入ください ・ 入院中（病院名 _____） ・ 入所中（施設名 _____） 継続中の入院又は入所の開始日： _____ 年 _____ 月 _____ 日			
生活状況	移 動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー	介 助	自立・一部介助・全介助	
	食 事	主) 普通・かゆ・ミキサー（箸・スプーン）	介 助	自立・一部介助・全介助	
		副) 普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー			
	排 泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ	介 助	自立・一部介助・全介助	
	入 浴	介助浴・座浴・特浴	介 助	自立・一部介助・全介助	
送迎時の介助	車椅子・ストレッチャー		要 ・ 不要		
身体状況	視 力	普通・見えにくい・見えない	身 長	_____ cm	体 重 _____ kg
	聴 力	普通・聴こえにくい・聴こえない	精神状態	安定・不安定(幻覚・興奮・攻撃・他 _____)	
	発 語	普通・やや不自由・不自由	認知症	無 ・ 有(_____)	
	理 解 力	普通・分かりにくい・分からない	問題行動	無 ・ 有(徘徊・不潔行為・他 _____)	
健康状況	現 疾 患			病 歴	
	かかりつけ病院			TEL _____	
	医療の状況	経管栄養 ・ 胃ろう ・ カテーテル ・ 人工肛門 ・ インシュリン ・ 在宅酸素 ・ 吸引 ・ その他(_____)			
	感 染 症	無 ・ 有(_____)	アレルギー	無 ・ 有(_____)	
	皮 膚 刺 激	普通 ・ 弱い	麻 痺	無 ・ 有(_____)	
	便 秘	無 ・ 有(服薬:無・有)	こうしゆく 拘 縮	無 ・ 有(_____)	
	睡 眠	良 ・ 不良(服薬:無・有)	じょくそう 褥 瘡	無 ・ 有(_____)	
	えんげ 嚥 下	異常なし ・ むせる ・ つめる	湿 疹	無 ・ 有(_____)	
入 歯	無 ・ 有(上・下)	口腔保清	自立・一部介助・全介助		
住環境	区 分	持ち家・借家・高層住宅 _____ 階(エレベーター 有 ・ 無)			
	住宅改修	可・不可・改修済(_____)			
	立地等	在宅サービス利用に問題点 無・有(送迎・訪問・その他 _____)			
窓口相談	無 ・ 有 (介護事業所・役所・在宅介護支援センター・その他(_____) 居宅介護支援事業所名 _____ ケアマネジャー名 _____ (_____) (_____)				
【介護上の悩み・困っていること】 ※別の用紙にお書き頂いても結構です。					