

調 査 票

現 況	独居・高齢者所帯・家族同居 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 ・申込日時の入所等の期間(年 月)				
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・さざみ・極さざみ・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
	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
	主治医				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・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)		拘 縮	無・有(_____)
	睡眠	良・不良(服薬:無・有)		褥 瘡	無・有(_____)
えんげ 嚥下	異常なし・むせる・つめる		湿 疹	無・有(_____)	
入れ歯	無・有(上・下)		口腔保清 要・不要(_____)		
介護の状況	主たる介護者氏名	_____	年齢	_____ 才	性別 男・女
	就労状況等	就業中・共働き・育児・その他(_____)			
	介護期間	_____ 年 _____ 月 頃から		その他の介護者 無・有 _____ 名)	
	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 _____ ケアマネージャー名 _____)			
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 _____)			
【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。					