

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・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			
	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()		
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	続柄
	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 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。							