

調 査 票

現 況		名前() 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・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	
	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)		こうしゅく 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。					