

標準調査票

		整理番号：	希望者氏名：	記入者氏名：			
現況		独居・高齢者世帯・家族同居 入院中（病院名 <input type="text"/> ）・入所中（施設名 <input type="text"/> ）					
生活状況	移動	歩行・杖・歩行器・車椅子・その他		介助	自立・一部介助・全介助		
	食事	主) 普通・粥・ミキサー（箸・スプーン）		介助	自立・一部介助・全介助		
		副) 普通・刻み・極刻み・ミキサー					
	更衣（着替え）			介助	自立・一部介助・全介助		
	整容（身だしなみ）			介助	自立・一部介助・全介助		
	排泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ ・カテーテル・人口膀胱・人口肛門		介助	自立・一部介助・全介助		
	入浴	介助浴・座浴・特浴・その他（ <input type="text"/> ）		介助	自立・一部介助・全介助		
	送迎時の介助	車椅子（要・不要）・ストレッチャー（要・不要）					
※記入にあたっては、認定調査時の資料等から転記していただいても結構です。							
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 <input type="text"/> ）		
	発語	普通・やや不自由・不自由		認知	無・有（日常生活自立度 I・II・III・IV・M）		
	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 <input type="text"/> ）		
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・人工膀胱・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・その他（ <input type="text"/> ）					
	感染症	無・有（ <input type="text"/> ）			アレルギー	無・有（ <input type="text"/> ）	
	皮膚刺激	普通・弱い			麻痺	無・有（ <input type="text"/> ）	
	便秘	無・有（服薬：無・有）			拘縮	無・有（ <input type="text"/> ）	
	睡眠	良・不良（服薬：無・有）			褥瘡	無・有（ <input type="text"/> ）	
	嚥下	異常なし・むせる・つまる			湿疹	無・有（ <input type="text"/> ）	
入れ歯	無・有（上・下）			口腔状況	良・否（ <input type="text"/> ）		
介護の状況	主たる介護者氏名	年齢	歳	性別	男・女	続柄	
	就労状況等	就業中・共働き・育児・その他（ <input type="text"/> ）					
	介護期間	年 月頃から		その他の介護者	無・有（ <input type="text"/> ）名		
	窓口相談	無・有 <input type="text"/> 介護事業所・市町村・在宅介護支援センター・その他（ <input type="text"/> ） 居宅介護支援事業所名（ <input type="text"/> ） ケアマネージャー名（ <input type="text"/> ）					
住環境	区分	持ち家 階（エレベーター有・無） ・ 借家 階（エレベーター有・無）					
	住宅改修	可・不可・改修済（ <input type="text"/> ）					
	立地等	住宅サービス利用に問題点 無・有（送迎・訪問・その他 <input type="text"/> ）					
【その他特記事項】							
【介護上の悩み・困っていること】※別の用紙にお書きいただいても結構です。							