

調 査 票

様式3

	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:)・入所中(施設名:)			
生 活 状 況	移 動	歩行・いざり・四つんばい・杖・歩行器・ ストレッチャー・車椅子・その他()	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・自助具) 副)普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー	介 助	自立・一部介助・全介助
	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・差込便器・おむつ・ カテーテル・人工膀胱・人工肛門	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(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)
	発 語	普通・やや不自由・不自由	認知症	無・有(日常生活自立度Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ)
	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 態	現 疾 患		病 歴	
	主 治 医		T E L	
	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()		
	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)	床 ず れ	無・有()
	嚥 下	異常なし・むせる・つまる	湿 疹	無・有()
入 れ 歯	無・有(上・下)	口 腔 状 況	良・否()	
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()		
	立 地 等	在宅サービス利用に問題点 無・有(送迎・訪問・その他)		
【その他特記事項】				
【介護上の悩み・困っていること】※別の用紙に書いていただいても結構です。				