

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 _____） ・ 入居中（施設名 _____）							
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・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						
	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 ・ おむつ バルーン ・ ストマ	介助	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助				
	入浴	一般浴 ・ 機械浴（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	無・有（日常生活自立度 I・II・III・IV・M）				
	理解力		周辺症状	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）	褥瘡	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						
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（ _____ ）						
	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・市町村・在宅介護支援センター・その他（ _____ ） 居宅介護支援事業所名や入居施設名 _____ 担当ケアマネージャー・相談員名 （ _____ ） （ _____ ）						
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	住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】 ※別の用紙にお書きいただいても結構です。								