

調 査 票

※わかる範囲でご記入下さい

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)					
健康状態	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-	無・有()		
	皮 膚 刺 激	普通・弱い		麻 痺	無・有()		
	便 秘	無・有(服薬:無・有)		こ 拘 縮	無・有()		
	睡 眠	良・不良(服薬:無・有)		し 瘡	無・有()		
	えんげ下	異常なし・むせる・つまる		湿 疹	無・有()		
	入 れ 歯	無・有(上・下)		口 腔 保 清	要・不要()		
生活状況	移 動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャ-			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-ン)			介 助	自立・一部介助・全介助	
		副) 普通・一口大・きざみ・極刻み・ミキサー			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			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-			要・不要		
	障害高齢者の日常生活自立度	1. 自立 2. J1 3. J2 4. A1 5. A2 6. B1 7. B2 8. C1 9. C1					
認知症高齢者の日常生活自立度	1. 自立 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M						
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)		
介護の状況	主たる介護者氏名			年 令 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		
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。							