

調 査 票

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	病院名： 医師名：			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 じ り	無・有()		
	睡 眠	良・不良(服薬:無・有)		い び き	無・有()		
	み げ げ 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()		
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)		
介護の状況	主たる介護者氏名			年 令 才	性 別 男・女	続柄	
	介護者の就労状況	<input type="checkbox"/> 高齢により就労不可 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(日/週、 時間/日)					
	介護者の障害や疾病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病名：)					
	育児・家族が病気	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(状況：)					
	他の要介護者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(要介護 1 2 3 4 5)					
	相談窓口	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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 ()		連絡先 ()			
【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。							