

## 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 _____) ・継続中の入院又は入所の開始日: 年 月 日 ・申込日時の入所等の期間( 年 月)					
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・極きざみ・ミキサー				
	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 _____)		
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)		<small>こうしゆく</small> 拘 縮	無・有( _____ )	
	睡 眠	良・不良(服薬: 無・有)		<small>じょくそう</small> 褥 瘡	無・有( _____ )	
	<small>えんげ</small> 嚥 下	異常なし・むせる・つめる		湿 疹	無・有( _____ )	
入 歯	無・有(上・下)		口腔保清	要・不要( _____ )		
介 護 の 状 況	主たる介護者 氏名	_____	年 齢	_____ 才	性 別	男・女
	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・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 _____ ( _____ ) ( _____ )				
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。						