

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) | | 拘 縮 <small>こうしゆく</small> | 無・有(_____) | |
| | 睡眠 | 良・不良(服薬:無・有) | | 褥 瘡 <small>じよくそう</small> | 無・有(_____) | |
| 嚥下 <small>えんげ</small> | 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(_____) | | |
| 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 | 就業者・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。 | | | | | | |