

# 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 拘 縮	無・有( )	
	睡 眠	良・不良(服薬:無・有 )	い 禿 瘡	無・有( )	
	み 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	
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( )	
介護の状況	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 )	
	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。					