

調 査 票

		希望者氏名：				記入者氏名：			
現 況		独居・高齢者世帯・家族同居 サービス利用 デ イ 回／週・ショート 回／月 ヘルパー 回／週 訪問入浴 回／週・訪問看護 回／週 入院・入所（ 年 月より ）に入院・入所中）							
生 活 状 況	移 動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー・その他（ ）				介 助	自立・一部介助・全介助		
	食 事	主) ご飯・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・きざみ・超きざみ・ミキサー							
	更衣(着替え)					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	歩浴・座浴・特浴・その他（ ）				介 助	自立・一部介助・全介助		
※記入にあたっては、認定調査時の資料等から転記していただいても結構です。									
身 体 状 況	身 長	cm	体 重	kg	問題行動	物忘れ 被害的 作話 幻視・幻聴 昼夜逆転 暴言・暴行 徘徊 異食 介護への抵抗 その他（ ）			
	視 力	普通・見えにくい・見えない							
	聴 力	普通・聴こえにくい・聴こえない							
	発 語	普通・やや不自由・不自由							
健 康 状 況	現 疾 患					病 歴			
	感 染 症	無・有（ ）				アレルギー	無・有（ ）		
	便 秘	無・有（服薬：無・有）				麻 痺	無・有（ ）		
	睡 眠	良・不良（服薬：無・有）				拘 縮	無・有（ ）		
	飲み込み	異常なし・むせる・つまる				床ずれ	無・有（ ）		
	入 れ 歯	無・有（上・下）							
介 護 状 況	家 族 状 況	氏 名	年令	続柄	就業有無	氏 名	年令	続柄	就業有無
	窓口相談	有・無 居宅介護支援事業所名 ケアマネージャー名 （ ） （ ）							
【申し込みにおいての理由】※別の用紙にお書き頂いても結構です。									
【その他特記事項】									