

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 _____）						
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		痴呆	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）			こうしゅく 拘縮	無・有（_____）	
	睡眠	良・不良（服薬：無・有）			じよくそう 褥瘡	無・有（_____）	
	えんげ 嚥下	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（_____）		
介護の状況	主たる 介護者氏名	_____	年齢	_____才	性別	男・女	続柄 _____
	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 - 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。							