

個人調査票

受付番号： 利用者氏名： 生年月日：□大 □昭 年 月 日

現況	世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族同居
	待機状況	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入居中 継続中の入院又は入居の開始日： 年 月 日
生活状況	移動	手段： <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー 介助： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	食事	主食： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> かゆ <input type="checkbox"/> ミキサー 副食： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 極きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー 介助： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 使用用具： <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン
	排泄	手段： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> おむつ 介助： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	手段： <input type="checkbox"/> 個人浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> チェアイン <input type="checkbox"/> 特浴 介助： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	送迎時介助	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 【 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他（ ）】
身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聴こえにくい <input type="checkbox"/> 聴こえない
	発語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由
	理解力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 分かりにくい <input type="checkbox"/> 分からない
	身長	cm
	体重	kg
	精神状態	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定（ <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 攻撃 <input type="checkbox"/> その他（ ））
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【 】
BPSD	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他（ ）】	
健康状況	現疾患	疾患名： 病歴：
	主治医	TEL
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
	皮膚刺激	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱い
	便秘	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（服薬： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有）
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良（服薬： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有）
	嚥下	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> むせる
	入れ歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下）
	口腔保清	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要（ ）
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	

裏面あります

	拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
	湿疹	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
介護 の 状 況	主たる介護者氏名： 年齢： 歳 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 続柄：				
	就労状況等： <input type="checkbox"/> 就業中 <input type="checkbox"/> 共働き <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	介護期間： 年 月頃 ～	その他の介護者： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (名)			
	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所名：	TEL：			
	ケアマネージャー氏名：	TEL：			
	<input type="checkbox"/> 待機先施設名：	TEL：			
	相談員等氏名：	TEL：			
	<input type="checkbox"/> 待機先病院名：	TEL：			
	ソーシャルワーカー氏名：	TEL：			
住環境	区分： <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 高層住宅 階 (エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)				
	住宅改修： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 改修済 ()				
	立地等：在宅サービス利用に問題点 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> その他 ())				
家 族 構 成 等	氏名	続柄	生年月日	同居・別居	連絡先
			年 月 日	同・別	
			年 月 日	同・別	
			年 月 日	同・別	
			年 月 日	同・別	
			年 月 日	同・別	
生活歴					
備考					

*施設記入項目

担当者名			
施設見学有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	記入年月日	令和 年 月 日