

(様式2)

ケアサポートセンター真寿苑 調査票

整理番号：		希望者氏名：			記入者氏名：				
現 状		独居・高齢者世帯・家族同居 入院中（病院名 入院日 年 月 日） 入所中（施設名 入院日 年 月 日）							
介 護 の 状 況	主たる介護者氏名		年 齢		性 別	男・女	続 柄		
	就労状況等	就業中・育児・その他（ ）					同居・別居		
	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		介護サービス事業所 ・ 市町村 ・ 地域包括支援センター ・ その他					
相談先の事業所名						Tel			
ケアマネジャー名						Fax			
住 環 境	区 分	持ち家_____階（エレベーター 有・無） ・ 借家_____階（エレベーター 有・無）							
	住宅改修	要・不要・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 ）							
家 族 構 成	氏 名	性別	続 柄	年 齢	職 業	住 所（別居の場合）	連絡先（電話番号）		
	本人 <u> </u> 				介護状況（家族の協力の有無など）				
社 会 と の 関 連	健康保険被保険者証	後期高齢・その他（ ） 記号番号（ ） 医療受給者証 無・有							
	身体障害者手帳	無・有（ 種 級） 第 号					取得日		
		障害名							
その他手帳など									
生 活 歴	出生地				結 婚 歴	有（子供の数_____人）・無			
	職 歴								
	趣 味 嗜 好								
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) 普通・かゆ・ミキサー（箸・スプーン）					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							
	更 衣（着替え）						自立・一部介助・全介助		
	排 泄	昼	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ ・尿カテーテル・人工膀胱・人工肛門				自立・一部介助・全介助		
		夜	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ ・尿カテーテル・人工膀胱・人工肛門				自立・一部介助・全介助		
入 浴	介助浴・座浴・特浴・その他（ ）				自立・一部介助・全介助				
送迎時の介助 車椅子（要・不要）・ストレッチャー（要・不要）									

(様式2)

ケアサポートセンター真寿苑 調査票

身体 状 況	体 重	kg		身 長	cm		
	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		理解力	普通・分かりにくい・分からない		
	性 格						
	精神状態	安定・不安定（幻覚・妄想・興奮・攻撃・自傷・他）					
	認知症	無・有（日常生活自立度 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M）					
	周辺症状	無・有（物忘れ・徘徊・不潔行為・火の不始末・他）					
健 康 状 況	現疾患			病 歴			
	主治医(病院)			医師との 相 談	有 (医師に入所を勧められている・勧めはない)		
	医師名				無・その他（）		
	TEL(病院)						
	医療の状況	吸痰・点滴・胃ろう・経鼻栄養・尿カテーテル・人工膀胱・人工肛門・インシュリン注射 ・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	無・有（）		
	睡眠	良・不良（服薬：無・有）		褥 瘡	無・有（）		
	嚥 下	異常なし・むせる・その他（）		湿 疹	無・有（）		
	入れ歯	無・有（上・下）		口腔状況	良・否（）		
	状況経過	状況の変化（健康状況や介護を要する状況の変化について）				いつ頃から	
						
.....							
.....							
.....							
.....							
他施設への申込状況		他施設への申込 無 ・ 有					
上記施設名							
【その他特記事項】							
【介護上の悩み・困っていること】 ※別の用紙にお書きいただいても結構です。							