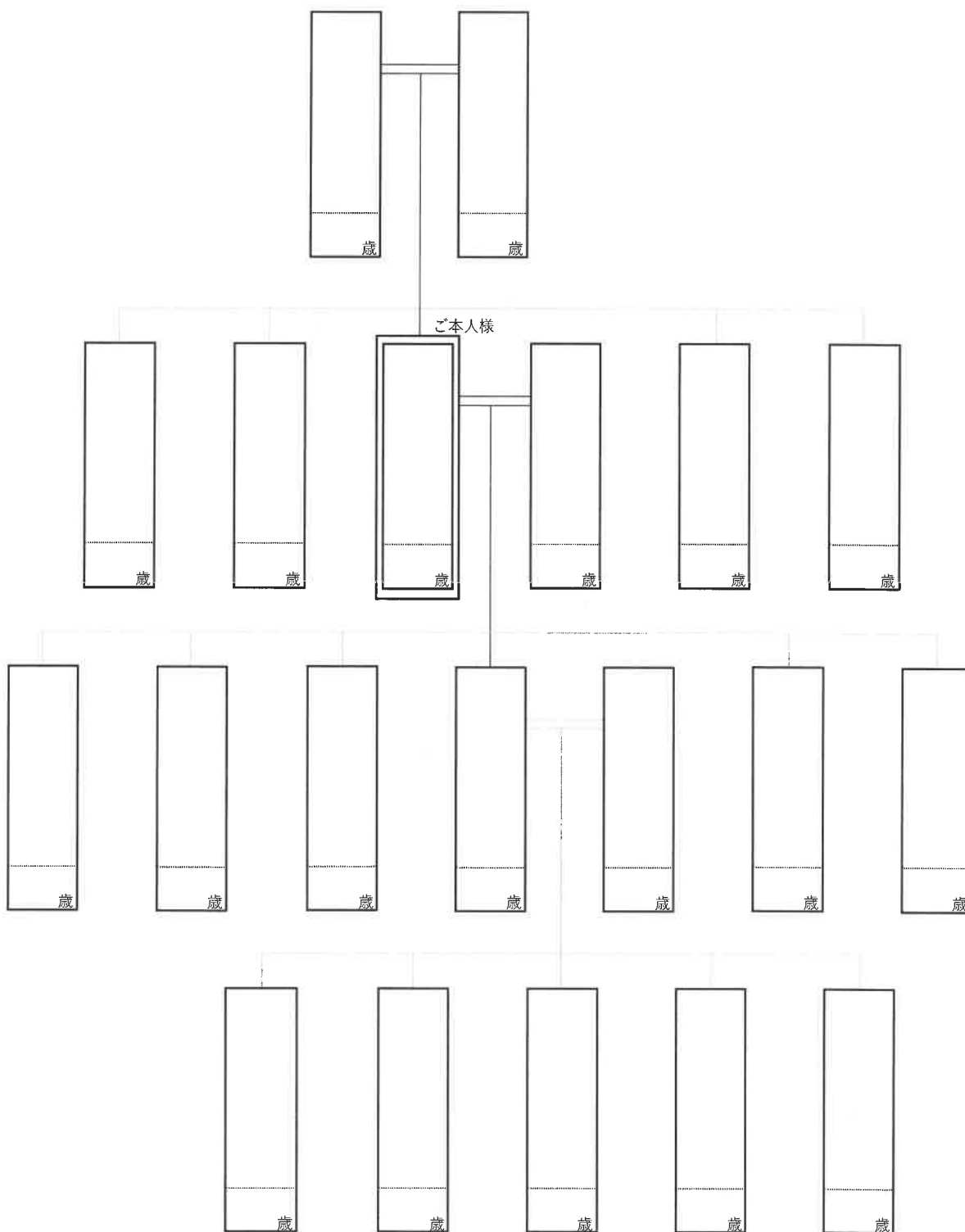


# 標準調査票

	整理番号：	希望者氏名：	記入者氏名：					
現況	独居・高齢者世帯・家族同居 入院中(病院名 )・入所中(施設名 )							
	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				
生活 状 況	食事	主)普通・かゆ・ミキサー(箸・スプーン) 副)普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー	介助	自立・一部介助・全介助				
	更衣(着替え)		介助	自立・一部介助・全介助				
	整容(身だしなみ)		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				
		カテーテル・人工膀胱・人工肛門						
	入浴	介助浴・座浴・特浴・その他( )	介助	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)						
※記入にあたっては、認定調査時の資料から転記していただいても結構です。								
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	無・有(日常生活自立度 I・II・III・IV・M)				
	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 態	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・人工膀胱・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)	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・つまる	湿疹	無・有( )				
	入れ歯	無・有(上・下)	口腔状況	良・否( )				
介 護 の 状 況	主たる介護者氏名		年齢	歳	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 頃から	その他の介護者			無・有( )名		
	相談窓口	無・有 介護事業所・市町村・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					
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	可・不可・改修済( )			入所後の住所変更	可・否( )		
	立地等	住宅サービス利用に問題点 無・有(送迎・訪問・その他)						
【その他特記事項】 ・新型コロナワクチン接種状況…								
・インフルエンザワクチン接種の有無… 有・無								
【介護上の悩み・困っている事】※別の用紙にお書きいただいても結構です。								
【現在利用中の在宅介護サービス】 通所介護( 回) 短期入所生活介護( 回) その他( )								

【家族環境図】



確認日: