

調査票

様式 3

*施設利用者は施設職員にご確認ください。

*在宅の方はケアマネージャーにご確認ください。

身	身長	cm	※身長、体重が分からない方
	体重	kg	・痩せ型 ・普通 ・肥満型 ・その他()
	視力	普通 ・ 見えにくい ・ 見えない ・ 見えているか不明	
	聴力	普通 ・ 聴こえにくい ・ 聴こえない ・ 聞こえているか不明	
	発語	普通 ・ やや不自由 ・ 不自由 ・ 発語なし	
	理解力	こちらの意思が 通じる ・ たまに通じる ・ 通じない	
	認知症	無 ・ 有 (日常生活自立度 I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M) ※上記は、介護保険証と合わせて送付される、認定調査結果及び一時判定結果に記載	
体	利用中の棟	施設では認知症専門棟を利用している (・ はい ・ いいえ ・ 不明 ・ 利用無し)	
	問題行動	無 ・ 有 (有の場合下記の該当する項目に○をつけてください。複数回答可)	
		徘徊 (家の中を徘徊 ・ 無断外出) ・ 不潔行為 (オムツはずし、弄便行為)	
		暴言 ・ 暴力 ・ 介護に抵抗 (詳細:)	
		異食行為 (食べ物でないものを食べてしまう) ・ 妄想 ・ 幻覚 ・ 幻聴	
		独語 ・ 自傷行為 ・ 昼夜逆転 ・ 感情失禁 ・ 大きな声が出る ・ 収集癖	
	危険行為 ()		
	その他 ()		
	移動方法	歩行 ・ 杖歩行 ・ 歩行器 ・ シルバーカー ・ 車椅子 ・ ストレッチャー	
	移動介助	自立 ・ 見守り ・ 半介助 ・ 全介助	
食事形態	主食: ・ 米飯 ・ 軟飯 ・ 粥 ・ ミキサー粥		
	副食: ・ 普通 ・ キザミ ・ 極小キザミ ・ ミキサー		
況	嚥下	異常なし ・ むせる ・ つまる	
	食事介助	自立 ・ 見守り ・ 半介助 ・ 全介助	
	入浴方法	一般浴 ・ 車椅子浴 ・ 寝浴 ・ その他	
	入浴介助	自立 ・ 見守り ・ 半介助 ・ 全介助	
	排泄	日中: ・ トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 紙パンツ ・ オムツ (複数選択可)	
		夜間: ・ トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 紙パンツ ・ オムツ (複数選択可)	
	排泄介助	自立 ・ 見守り、声かけ ・ 半介助 ・ 全介助	
健	現疾患	無 ・ 有 (薬を飲まれている方は、下記にも記入して下さい。)	
		疾患名:	
		飲んでいるお薬:	
	既往歴	無 ・ 有 ()	
	医療の状況	・ 特に無し ・ 服薬管理 ・ 人工肛門 ・ カテーテル ・ インシュリン注射 (一部入所不可) ・ 経管栄養※ ・ 胃ろう※ ・ 常時の吸引※ (※は入所不可)	
状	褥瘡	無 ・ 有 (部位)	
	感染症	無 ・ 有 (感染症名)	
	住環境	区分	持ち屋 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 ()	
立地等		住宅サービス利用に問題点 無 ・ 有 (送迎 ・ 訪問 ・ その他)	