

■ 状況調査

ご記入年月日 平成 年 月 日 ご利用後変更があった場合は再提出をしていただきます。

利用者	フリガナ	様	男	明 大 昭
	氏 名		女	・ ・ (歳)

■ ご家族状況 介護に当たっている方にチェックを入れてください

家族構成・ (同居と本人の子)	居・別居	氏 名	続柄	年齢	居場所・職業・健康状態
	同居・別居	<input type="checkbox"/>			
	同居・別居	<input type="checkbox"/>			
	同居・別居	<input type="checkbox"/>			
	同居・別居	<input type="checkbox"/>			
	同居・別居	<input type="checkbox"/>			
	同居・別居	<input type="checkbox"/>			
	同居・別居	<input type="checkbox"/>			
	同居・別居	<input type="checkbox"/>			
	同居・別居	<input type="checkbox"/>			

■ 連絡先 ※続き柄は利用者からみてお書きください。

フリガナ 氏名 連絡先① (申込者)	フリガナ		男 女	明 大 昭
	様			・ ・ ()
	続柄	職業	自営 公務員 会社員 無職 その他	
勤務先	名称			
	フリガナ			Tel ()
	フリガナ			
フリガナ 氏名 連絡先②	フリガナ		男 女	明 大 昭
	様			・ ・ ()
	続柄	職業	自営 公務員 会社員 無職 その他	
フリガナ 氏名 連絡先③	フリガナ		男 女	明 大 昭
	様			・ ・ ()
	続柄	職業	自営 公務員 会社員 無職 その他	
利用料金 請求先	・ 本人の住所へ本人の名前 ・ 他⇒氏名 住所			
備 考	※保証人と通常の連絡先が違う場合などに記入			

■ 身体状況

食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養		
	<input type="checkbox"/> 治療食 ()		
	主食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ()	
	副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ()	
	嚥下	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> よくむせる	
	義歯	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 使用中 (上・下) <input type="checkbox"/> 除去中 (上・下)	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助		
	尿意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
	便意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 尿器	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助		
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助		
歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助		
	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 車椅子 (○自走 ○介助)		
睡眠	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし		
視力	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし		
聴力	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし		
言語	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし		
喫煙	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り	1日	位
飲酒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り	1日	位

■ 認知症の状況

●下記の中から該当すると思いつく行為をチェックしてください。

自分を自ら傷つけて怪我をしたり、他人に対して暴力を振るう行為。

幻聴や幻視の症状がある。(せん妄)

どこともなく無くあるきまわり、迷子になったり、帰って来れなくなる状態。(徘徊行為)

便をいじったり、口にしたりといった不潔な行為。(不潔行為)

食べられない石や石鹸などを食べてしまう行為。(異食行為)

●上記以外にも認知症の行動がある場合は下記に詳細をお書きください。

■ 医療の状況

かかりつけの病院

病院	・	科	先生
受診状況	月	回	薬の有無
病院	・	科	先生
受診状況	月	回	薬の有無
病院	・	科	先生
受診状況	月	回	薬の有無

過去5年間位に入院をしたことがありますか

・	年	月頃	_____	病院に病名	_____
・	年	月頃	_____	病院に病名	_____
・	年	月頃	_____	病院に病名	_____
・	年	月頃	_____	病院に病名	_____
・	年	月頃	_____	病院に病名	_____