

(様式2)

東三河広域連合標準調査票

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 _____）・入所中（施設名 _____）												
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）	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
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 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						自立・一部介助・全介助						
	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)

東三河広域連合標準調査票

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
	精神状態	安定・不安定（幻覚・興奮・攻撃・他）		
	認知症	無・有（日常生活自立度 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M）		
	問題行動	無・有（徘徊・不潔行為・火の不始末・他）		
健 康 状 況	現疾患		病 歴	
	主治医		氏 名	
	TEL		相 談	有 無
	医療の状況	吸痰・経管栄養（胃ろう・経鼻）・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）		
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。				

施設記入欄
