

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）		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	本人 _____	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 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）			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。					

施設記入欄
