

(様式2)

小規模多機能ホーム喜寿苑 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 _____ 入院日 年 月 日） 入所中（施設名 _____ 入院日 年 月 日）								
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 歴	出生地	_____			結 婚 歴	有（子供の数_____人）・無				
	職 歴	_____								
	趣 味 嗜 好	_____								
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)

小規模多機能ホーム喜寿苑 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		
	性格						
	精神状態	安定・不安定（幻覚・妄想・興奮・攻撃・自傷・他）					
	認知症	無・有（日常生活自立度 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M）					
	周辺症状	無・有（物忘れ・徘徊・不潔行為・火の不始末・他）					
健康状況	現疾患			病歴			
	主治医(病院)			医師との相談	有 (医師に入所を勧められている・勧めはない)		
	医師名				無・その他()		
	TEL(病院)						
	医療の状況	吸痰・点滴・胃ろう・経鼻栄養・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。							