調　査　票

現　況	【独居・高齢者世帯・家族同居】 入院入居先（名称：　　） 入院入居の開始日（　　年　　月　　日） はなみずき申込時の入院入居の期間（　　年　　ヵ月）			
生活状況	移動	独歩・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー	介助レベル	自立・一部介助・全介助
	食事	主）普通・粥・ミキサー（箸・スプーン・自助具） 副）普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー	介助ﾚﾍﾞﾙ	自立・一部介助・全介助
	排泄	トイレ・ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙ・尿器・便器・おむつ	介助レベル	自立・一部介助・全介助
	入浴	個浴・座浴・特浴	介助レベル	自立・一部介助・全介助
	送迎時の介助	車椅子・ストレッチャー　　要　・　不要		

身体状況	視力	普通・見えにくい・見えない	身長	cm	体重	kg
	聴力	普通・聴こえにくい・聴こえない	精神状態	安定・不安定（幻覚・興奮・攻撃・他）		
	発語	普通・やや不自由・不自由	認知症	無　・　有（　　）		
	理解力	普通・分かりにくい・分からない	問題行動	無　・　有（徘徊・不潔行為・他　　）		

健康状況	現疾患		病歴	
	主治医		電話	
	医療の状況	経鼻栄養・胃ろう・カテーテル・人工肛門・インシュリン・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（えんげ）	異常なし・むせる・つめる	湿疹	無　・有（　　）
	義歯	無・有（上・下）	口腔内の問題	無　・有（　　）

介護の状況	主たる介護者氏名	年齢　　才	性別　　男・女	続柄
	就労状況等	就業中･共働き・育児･その他（　　）		
	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【サービス事業所・役所・地域包括支援センター・その他（　　）】 居宅介護支援事業所名：ケアマネージャー名 【　　】		

住環境	区分	持ち家･借家・サ高住　　階（エレベーター　有　・　無）
	住宅改修	可・不可・改修（　　）
	立地	在宅サービス利用に問題点　　無・有（送迎・訪問・その他　　）

【介護上の悩み・困っていること】　※別の用紙にお書き頂いても結構です。