

身体状況等調査票

※記入又は該当する箇所にチェックしてください。

対 象 者	氏 名		生年月日	年 月 日	
	住 所	多治見市			
	電話番号	電話会社(緊通のみ) () (<input type="checkbox"/> 携帯電話あり — —)			
	世帯状況	<input type="checkbox"/> 高齢者の単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 重度の身体障害者 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	介護認定の状況	<input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
	障害者手帳等の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 身体障害者手帳 種 級：障害名_____ 精神障害者保健福祉手帳 級 療育手帳 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2			

身体状況	治療中の疾患	疾患名	
		<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 通院(回/□週□月) <input type="checkbox"/> 訪問診療(回/□週□月)	
		<input type="checkbox"/> 服薬あり <input type="checkbox"/> 服薬なし	
		医師の指示、療養・保健指導の内容	
	既往歴	疾患名 () 治療 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 入院 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 手術 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)	
	四肢機能 (特に歩行能力)	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり (具体的に)	
	視 力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり (具体的に)	
	聴 力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり 電話での会話 (<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可) (具体的に)	
備 考 具体的なエピソード	例) ○か月前、転倒により▲ヶ月間、□□病院に入院 など		

見 守 り 状 況	月	火	水	木	金	土	日
	<input type="checkbox"/> 家族/親族 <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> 訪問サービス <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 家族/親族 <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> 訪問サービス <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 家族/親族 <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> 訪問サービス <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 家族/親族 <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> 訪問サービス <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 家族/親族 <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> 訪問サービス <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 家族/親族 <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> 訪問サービス <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 家族/親族 <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> 訪問サービス <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし

生活に関する 状況 1 支障なし 2 支障あり ※判断基準：1人 でできるかできな いか	項目	評価	特記事項
	摂食	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
	買い物	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	週回/方法()
	ゴミ出し	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
	火気管理	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
	掃除	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
	外出	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	週回/行き先()
	近所付き合い	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
	家族支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	誰が() 頻度()
自立意欲	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 配食型見守りサービス <input type="checkbox"/> 緊急通報システム		
作成者	作成日		
	事業所名		
	担当者		
	電話番号		

