

小規模多機能ホームせとうちの郷 訪問調査前アンケート

※差し支えない範囲でご記入ください。守秘義務に基づき責任を持って情報を管理させていただきます。但し、緊急的に他機関との情報交換が必要になった時には、事後の連絡になることもあります。ご了承ください。

フリガナ		フリガナ	
ご本人名		記入者名	
			続柄

【御利用を希望される理由】

【介護保険証】

介護保険証	有 ・ 無	介護保険証番号	
要介護状態区分等	自立 ・ 要支援 1・ 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
認定有効期限	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		

【現在の状況】

在宅サービス

担当ケアマネジャー		事業所名	
-----------	--	------	--

サービスの種類	利用事業所名	利用日・利用頻度
通所介護(デイサービス)		
通所リハビリ(デイケア)		
訪問介護(ホームヘルパー)		
訪問看護		
短期入所(ショートステイ)		
小規模多機能型居宅介護		
グループホーム		
その他		

施設サービス

施設の種類の	施設名	入居日
		平成 年 月 日

入院中

病院名	入院日
	平成 年 月 日

【日常行動調査】

入所ご希望の方に現在の状況についてお尋ねします。なるべく詳しくご記入ください。
あてはまる箇所に✓をしてください。

身体状況			
1立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全部介助が必要
2歩行	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全部介助が必要
3食事	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全部介助が必要
	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> きざみ食	<input type="checkbox"/> ミキサー食
			<input type="checkbox"/> 経管栄養
4排泄	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> オシメを使用している
5入浴	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全部介助が必要
6更衣	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全部介助が必要
7視力	<input type="checkbox"/> よく見える	<input type="checkbox"/> 少しは見える	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない
8聴力	<input type="checkbox"/> よく聞こえる	<input type="checkbox"/> 少しは聞こえる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない
9言葉	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 少しはできる	<input type="checkbox"/> ほとんどできない
認知症の状況			
10昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
11自傷行為	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
12不潔行為	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
13常時の徘徊	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
14暴言・暴行	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
15放尿・放便	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
16その他			

【好きなもの・嫌いなもの】

分かる範囲で結構なのでご記入ください。

好きな食べ物		嫌いな食べ物	
食物アレルギー		薬物アレルギー	
お酒	1日()合・ビール()本 その他() 飲まない		
タバコ	1日()本 吸わない		
好きな歌		好きな歌手	
好きなタレント		好きなテレビ	
その他好きなモノ・コト			
喜ぶ話			
趣味・昔得意にしていたこと			
嫌いなモノ・コト			

ご協力ありがとうございました。