

生活状況調査票 1

入居申込者	ふりがな		介護度		
	氏名	男・女	生年月日	年 月 日 歳	
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養（種類 _____） <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 尿管バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ（人工肛門） <input type="checkbox"/> インスリン（朝 _____ 単位 夕 _____ 単位） <input type="checkbox"/> 難病治療中 病名 _____ <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
介護者1	ふりがな		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	介護者の状況	
	氏名	(歳)		<input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 介護多少困難 <input type="checkbox"/> 介護困難	
	続柄		複数介護	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
	電話番号		育児	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
	携帯番号		就労	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
	住所	〒 _____			
介護者2	ふりがな		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	介護者の状況	
	氏名	(歳)		<input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 介護多少困難 <input type="checkbox"/> 介護困難	
	続柄		複数介護	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
	電話番号		育児	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
	携帯番号		就労	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
	住所	〒 _____			
その他の介護協力者		<input type="checkbox"/> 常時あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> ほとんどなし 氏名 _____ 続柄 (_____)			

生活状況調査票 2

家族構成 (別紙「家族構成記入例」ご参照ください。)

※同居者は○で囲む

氏名	続柄	年齢	同居 別居	住所 TEL

入居を希望する理由

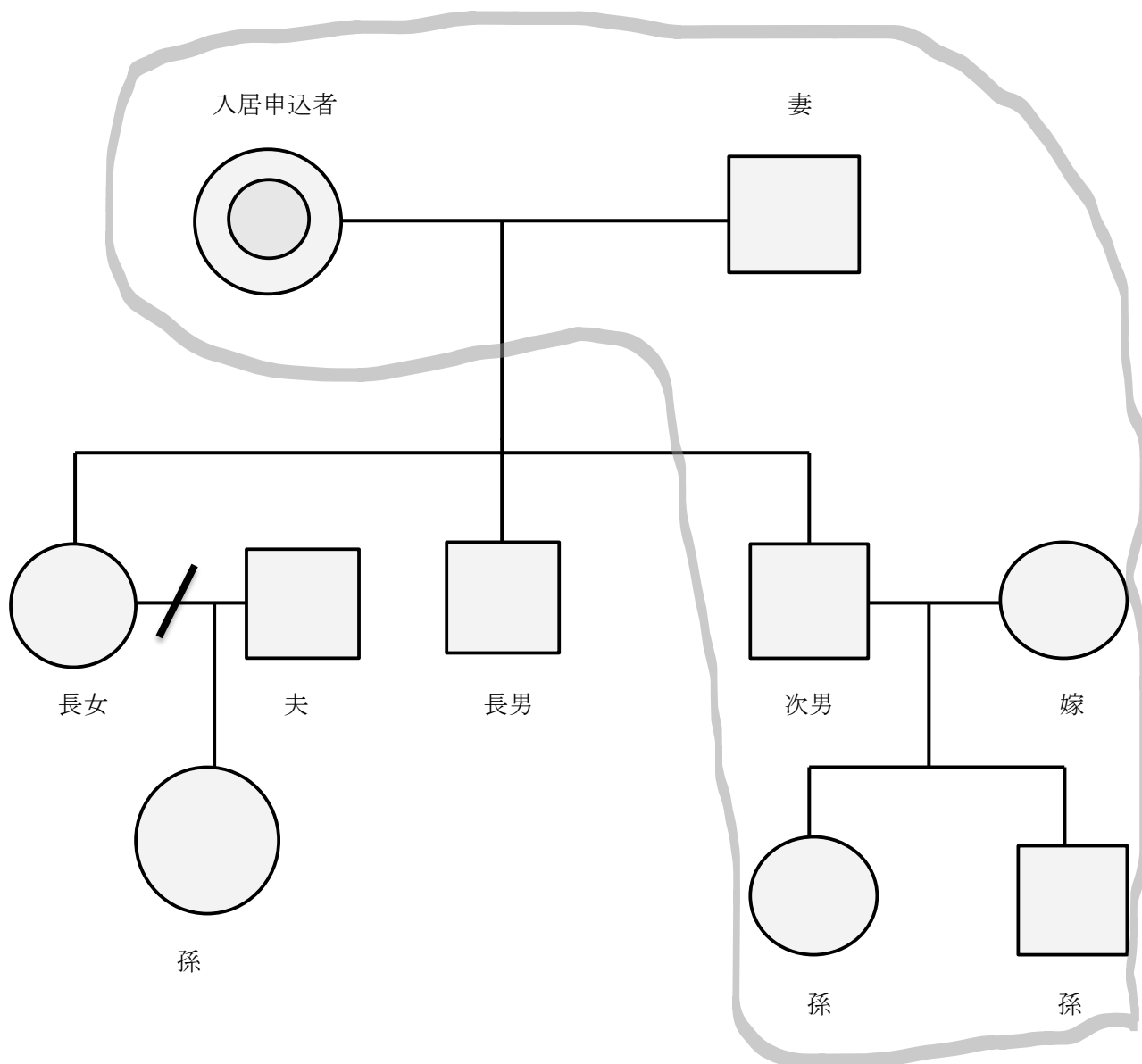
※施設や病院等から退居を求められている。居住環境が介護に適していない。経済的な理由により。居宅介護サービスを十分に受けられないなど特に特別養護老人ホームの入居を希望する理由があれば記入して下さい。

家族構成記入例

男性=□ 女性=○ 本人(入居申込者)=◎または□ 死亡=●または■

同居=○で囲む

離婚=／で区切る



生活状況調査票 3

生活状況	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 () <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス (<input type="checkbox"/> 介助用 <input type="checkbox"/> 自走式 <input type="checkbox"/> リクライニング式)	【介助状況】 <input type="checkbox"/> 移乗 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 移動 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)
	食事	【主食】 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> 経管栄養	【介助状況】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 使用食具 ()
		【副食】 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> 極キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ()	【栄養補助食】 () とろみ剤の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 簡易便器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿取りパット <input type="checkbox"/> その他 ()	【排泄介助状況】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 (座位) <input type="checkbox"/> リフト浴 (臥位) <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> その他 ()	【入浴介助状況】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
特記事項			
身体状況	視力	【右】 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない 【左】 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない 眼鏡 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 点眼等加療中 <input type="checkbox"/> その他 () 病名 ()	体重 身長 k g c m
	聴力	【右】 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聴こえない 【左】 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聴こえない 補聴器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	発語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由	理解力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 限定される <input type="checkbox"/> 問題あり
	問題行動	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他 ()	精神状態 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 攻撃的 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 躁うつ <input type="checkbox"/> その他 ()
	特記事項		

生活状況調査票 4

医療・健康状態	病院名		連絡先	
	主治医			
	病歴			
	特別な処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう) <input type="checkbox"/> ストマー <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> その他		
	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名)	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位)	皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名)
	拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位)	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	むせ込み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> 日常的にある	入れ歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 (<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下)
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 拒否又は行っていない 口腔ケア用品： <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 口腔スポンジ <input type="checkbox"/> 口腔ティッシュ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	便秘	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 周期 日 回 薬利用 (薬名) <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 浣腸	睡眠状態	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 睡眠薬処方 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬名)
	薬情報	現在服用されている薬を記入して下さい。		
	特記事項			

【特記・自由記載欄】