

# 状況調査票 (記入例)

記入日 令和 〇〇年 〇月 〇日

記入者氏名 千葉 〇子 続柄 長女

入所希望者氏名 千葉 〇郎 生年月日 M 〇 T S 〇〇年 〇月 〇日 (〇〇)

住所 〒 〇〇〇-〇〇 〇〇市〇〇区〇〇 〇-〇-〇

## ◎介護保険情報

要支援( 1 2 )  要介護( 1 2 3 4 5 )

保険者( 例)若葉区 ) 介護保険被保険者証をご確認ください。

認定の有効期間 〇〇年 〇月 〇日 ~ 〇〇年〇月 〇日

介護保険負担限度額認定証 あり なし \*ありの方 ( 段階 )  
料金表の基本料金の軽減を参照してください

生活保護 あり なし

身体障害者手帳 あり なし ( 種 級 )

## 家族構成

例)夫 (〇〇歳)と二人暮らし  
〇〇市内に長女とが在住。

## 人生歴

例)出生地や出身地。職務経歴や趣味活動など。

## ◎現在治療中の病気

病名	病院名(主治医)
例)心筋梗塞	〇〇病院

## ◎既往歴

病名	時期
例)脳梗塞(右方麻痺)	平成〇〇年

・日常の医療処置はありますか？

ない ある(下記該当欄にをお願いします)

ペースメーカー 吸引 酸素吸入 人口透析 留置カテーテル

経管栄養(胃ろう・鼻腔栄養) インシュリン注射 人工膀胱 人工肛門

床ずれの処置

その他(その他の場合は下記空欄に記入して下さい)

---

---

◎日常生活の状況

状況	自分で可能	見守り必要	一部介助	全介助	備考(お気づきのことなどお書き下さい)
歩行	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	杖を使用し歩くことができるが、時々足元がふらついため、見守りが必要。
車椅子への移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
車椅子での移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
トイレ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	パットの交換など排泄の後始末が一人では難しい。
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	洗髪や洗身が一人では十分に
着脱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ズボンを腰まで十分にあげることができない。
食事	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手が途中で止まってしまうため、声かけが必要。
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない				補聴器を使用。
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない				右眼は白内障で手術施行。点眼薬あり。
会話	<input type="checkbox"/> 普通				
	<input checked="" type="checkbox"/> 簡単な会話なら可				挨拶や「お腹がすいた」など限定された内容のみ
	<input type="checkbox"/> 同じことを繰り返す				
	<input type="checkbox"/> 会話はなりたない				
オムツ使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 常時 <input checked="" type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> パットのみ				日中はリハパン使用。夜間は良く眠ってしまうためおむつを使用。
食事形態	主食( <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やわらか <input checked="" type="checkbox"/> 粥)				
	おかず( <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー)				一口大に刻んでいる
	<input type="checkbox"/> は <input checked="" type="checkbox"/> スプーン				
	食欲( <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし)				3食のうち、1食しか食べない。
	入れ歯 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)				上下総入れ歯
	アレルギー <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) (具体的に) <b>エビ</b>				
	食事制限 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input checked="" type="checkbox"/> カロリー制限 1,200 kcal <input checked="" type="checkbox"/> 塩分制限 5 mg				
身長	150	cm	その他 <input type="checkbox"/> 体のむくみ <input checked="" type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 関節拘縮		
体重	45	kg	部位( <b>全身、乾燥。〇〇薬を1日1回塗布。</b> )		
精神状態	認知症 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	性格 <input type="checkbox"/> 温厚 <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> 話好き <input checked="" type="checkbox"/> 怒りやすい				
	行動 <input checked="" type="checkbox"/> 大声を上げる <input type="checkbox"/> 夜間の不眠 <input type="checkbox"/> 不潔な行為 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力				

●何かお気づきの点がございましたらご記入ください。

**物がなくなると、急に怒り出すことがある。**

●現在主に利用しているサービスは何ですか？

居宅介護支援事業所(事業所名 **〇〇ケアプランセンター** ケアマネージャー名 **〇〇 〇〇** )

訪問介護 訪問看護 デイサービス、デイケア(施設名 )

ショートステイ(施設名 )

入院中、入所中の場合(施設名 **〇〇病院** **H〇〇年〇月から入院中** )

●ご希望の居室(別紙料金表を参照下さい)をお願いします。

ユニット型個室 従来型多床室

●その他、ご不安・疑問、入所にあたっての心配がありましたらご記入下さい。

---

---