

調査票（介助サービス）

記入日： 年 月 日

お客様ID No. _____

担当コンシェルジェ： _____

お 名 前	フリガナ		身長	cm	平熱	℃
			体重	kg	血圧	/
生 年 月 日	西暦	年	月	日生（満	歳	ヶ月）
ご家族様のお名前						
ご 住 所	〒 _____ TEL (_____) - _____					
メールアドレス						
緊 急 連 絡 先	本人との関係	連 絡 場 所		電 話 番 号		
				(_____)	-	
				(_____)	-	
ホームドクター	TEL (_____) - _____					
保 険 証 番 号						

健 康 状 態	既 往 症	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 尿潜血 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
	現在医院にかかっていますか？	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない				
	いる場合、診療科は何ですか？	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
	体 質	<input type="checkbox"/> アレルギー (_____) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 鼻血 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
生 活 と 心 身 の 状 態 に つ い て	お体の不自由なところがありますか？ <input type="checkbox"/> 不自由なところは全くない <input type="checkbox"/> 多少不自由ではあるが、バスやタクシーを使って一人で外出ができる。					
	自分のして欲しいこと、して欲しくないことは、きちんと伝えられますか？ <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> だいたい伝えられる <input type="checkbox"/> あまり伝えられない <input type="checkbox"/> 全く伝えられない					
	食事は自分で食べられますか？ <input type="checkbox"/> 食べられる <input type="checkbox"/> 一部介助すれば食べられる <input type="checkbox"/> 食べられない					
	利き腕はどちらですか？ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左					
介 護 保 険	介護認定を受けていますか？	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない				
	いるの場合	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <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				
	介護保険で今ご利用になっているサービスは何ですか？					
	<input type="checkbox"/> 医師が家庭訪問して診察している。 <input type="checkbox"/> 看護師が自宅を訪問している。 <input type="checkbox"/> リハビリの専門家が自宅を訪問している。 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション（デイケア）に通って、リハビリをしてもらっている。 <input type="checkbox"/> 病院（療養型床群）や老人保健施設に何日か泊まっている。 <input type="checkbox"/> 歯科医師が家庭訪問して診察している。 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士が家庭訪問して口の中の衛生について指導してくれる。 <input type="checkbox"/> 薬剤師が家庭訪問して、薬の飲み方について教えてくれる。 <input type="checkbox"/> 栄養士が家庭訪問して、食事のとり方について教えてくれる。 <input type="checkbox"/> ホームヘルパーが家庭を訪問して、入浴や食事の世話をしてくれる。 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームなどに通い、通所介護（デイサービス）を受けている。 <input type="checkbox"/> 家庭を訪問して、浴槽を提供し入浴の介助をもらっている。 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームに何日か泊まっている。					