身体等の状況調査表

（令和　　年　　月　　日）

被保険者		生年月日	明治・大正・昭和 年　　月　　日生　　満　　歳

Ⅰ．身体の状態についてお尋ねします。該当する項目に○をつけてください。

1　身の回りのことは一人ででき、杖やシルバーカーを使い一人で外出できる。
2　歩行が不安定で外出は隣近所のみ。身の回りのことは声掛けや見守りが必要。
3　立ち上りや歩行が不安定で外出は一人でできない。身の回りのことは一部介助が必要。
4　日中も寝たり起きたりの生活。誰かの手を借りなければ歩行することができない。
5　ほとんど寝たきりであるが、お座りや寝返りくらいはできる。
6　寝たきり生活でひとりで何もできない。

Ⅱ．精神の状態についてお尋ねします。該当する項目に○をつけてください。

1　常に目を離すことができず、介護が必要な状態なので、重度の認知症だと思う。
2　生活に支障を来たすような症状や行動があり、意思の疎通が困難である。
3　生活に影響はでているが、誰かが注意していれば自立できる。
4　生活に影響はでていないが、なんとなく気になる言動がある。
5　普通であると思う。

Ⅲ．今までかかった病気または現在治療中の病気がありますか。該当する項目に○をつけてください。

1　脳血管疾患（脳出血・脳梗塞など）　2　高血圧症　3　心臓病　4　糖尿病
5　がん（部位　　）　6　骨折　7　認知症　8　ぜんそく　9　リウマチ
１０　老衰　１１　その他（　　）
１２　現在入院中（病院名　　・退院予定　　月　　日頃　・　未定　）

Ⅳ．現在、どんなサービスをお使いですか。また、今後どんなサービスを望んでいますか。

1　訪問介護（ホームヘルプサービス）　2　訪問看護・リハビリ
3　通所介護（デイサービス・　　曜日利用）　4　訪問入浴介護
5　通所リハビリ（デイケア・　　曜日利用）　6　短期入所介護（ショートステイ）
7　福祉用具貸与・購入　8　住宅改修　9　施設サービス（特別養護老人ホーム等への入所）
１０　地域密着型サービス（デイサービス・グループホーム・小規模多機能型居宅介護）

Ⅴ．同居している家族の状況を記入してください。（主介護者の方：□に✔をつけてください）

氏　　名	続　柄	氏　　名	続　柄
□　　（　　歳）		□　　（　　歳）	
□　　（　　歳）		□　　（　　歳）	
□　　（　　歳）		□　　（　　歳）	

Ⅵ．下線項目にのみにチェックがある方は１、それ以外の方は２を選択。

１．介護予防・日常生活事業対象者⇒チェックリスト実施へ
２．要介護・要支援認定申請⇒Ⅶ．訪問調査説明・下記へ記入

Ⅶ．後日、お宅に伺って訪問調査をします。
日頃のご本人の様子がわかる方に立ち会っていただきますので、連絡先を記入してください。

氏　　名	続柄	連絡先（電話番号）	連絡可能時間	備　　考（調査希望日時）