

身体等の状況調査表

(平成 年 月 日)

被保険者	生年	明治・大正・昭和
	月日	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（トイレ、入浴など）や外出（通院・買い物など）が一人で行える。
- 2 身の回りのこと（トイレ、入浴など）は声掛けや見守りが必要。
- 3 身の回りのこと（トイレ、入浴など）は誰かの手伝いが必要。
- 4 日中も横になっていることが多く、車いすや誰かの手を借りなければ歩くことができない。
- 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ないが、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. III以外の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でき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）