

# 調査票

現況		独居・高齢者所帯・家族同居 入院中(病院名)・入所中(施設名) ・継続中の入院又は入所の開始日: 年 月 日 ・申込日時の入所等の期間( 年 月 )					
生活状況	移動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー		介助	自立・一部介助・全介助		
	食事	主)普通・かゆ・ミキサー (箸・スプーン)		介助	自立・一部介助・全介助		
		副)普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー					
	排泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ		介助	自立・一部介助・全介助		
	入浴	介助浴・座浴・特浴		介助	自立・一部介助・全介助		
送迎時の介助	車椅子・ストレッチャー		要・不要				
身体状況	視力	普通・見えにくい・見えない	身長		cm	体重	kg
	聴力	普通・聴こえにくい・聴こえない	精神状態	安定・不安定(幻覚・興奮・攻撃・他 )			
	発語	普通・やや不自由・不自由	認知症	無・有( )			
	理解力	普通・分かりにくい・分からない	問題行動	無・有(徘徊・不潔行為・他 )			
健康状況	現疾患			病歴			
	主治医			TEL			
	医療の状況	経管栄養・胃ろう・カテーテル・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・その他( )					
	感染症	無・有( )		アレルギー	無・有( )		
	皮膚刺激	普通・弱い		麻痺	無・有( )		
	便秘	無・有(服薬:無・有)		拘縮	無・有( )		
	睡眠	良・不良(服薬:無・有)		褥瘡	無・有( )		
	嚥下	異常なし・むせる・つめる		湿疹	無・有( )		
	入れ歯	無・有(上・下)		口腔保清	要・不要( )		
	介護の状況	主たる介護者氏名	年齢	才	性別	男・女	続柄
就労状況等	就業中・共働き・育児・その他( )						
介護期間	年 月 頃から			他の介護者 無・有 名( )			
窓口相談	無・有(介護事業所・役所・在宅介護支援センター・その他( ))						
住環境	区分	持ち家・借家・高層住宅		階(エレベーター 有・無)			
	住宅改修	可・不可・改修済( )					
	立地等	在宅サービス利用に問題点		無・有(送迎・訪問・その他 )			
【介護上の悩み・困っていること】※別の用紙にお書き頂いても結構です。							

# 診療情報提供書

医療機関名

令和 年 月 日 ( )

所在地

電話番号

担当医師名

印

ふりがな				男・女	連絡先 〒 —	
氏名						
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 生 ( 歳)			TEL. ( )		
既往歴 ・ 病名						
経過・現症状 及び 加療内容						
投薬内容						
血液検査	実施日 年 月 日	身長	cm	体重	kg	
白血球	総コレステロール		疥 癥		+	-
赤血球	尿素窒素		HBs抗原		+	-
ヘモグロビン	クレアチニン		HCV抗体		+	-
ヘマトクリット	尿 酸		Wa氏		+	-
血小板	K		血 壓		/	
血清蛋白	Na		検尿		・蛋白	
アルブミン	空腹時血糖				・糖	
A S T	HbA1c				・ウロビリノーゲン	
A L T	C R P					
中性脂肪						
レントゲン結果 所見	異常なし 異常あり		※ ありの場合は写真を添付してください			
心電図結果 所見	異常なし 異常あり		※ ありの場合は心電図を添付してください			
行動障害	なし ・ 徘徊 ・ 不穏 ・ 攻撃行動 ・ 不潔行為 ・ その他( )					
精神状態	正常 ・ 心気症状 ・ 不安 ・ うつ ・ 興奮 ・ 幻覚 ・ 妄想 ・ 睡眠障害 ・ その他( )					
日常生活自立度	J1 · J2 · A1 · A2 · B1 · B2 · C1 · C2					
認知症老人自立度	正常 · I · IIa · IIb · IIIa · IIIb · IV · M					
要介護度	申請中 · 要支援1 · 2 · 要介護1 · 2 · 3 · 4 · 5					
長谷川式簡易知能評価スケール	実 施 日 平成 年 月 日		点			
介護上の注意事項 :						