介護保険補完事業利用者状況調査

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業を利用する者 | フリガナ |  | 家族図 |
| 氏名 |  |  |
| 生年月日 | （　　　　歳） |
| 受診状況 | 疾患名・医療機関名・通院方法・頻度 |
|  |
| 運動器機能 | 階段を手すりや壁をつたわらず上がっている | はい　・　いいえ |
| 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がる | はい　・　いいえ |
| 15分くらい続けて歩ける | はい　・　いいえ |
| この１年で転倒した | はい　・　いいえ |
| 転倒に対する不安が大きい | はい　・　いいえ |
| 特記事項 |
| 生活状況 | 買物 |  |
| 調理 |  |
| 特記事項 |
| 日常生活自立度 | 障害高齢者の日常生活自立度（自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2） |
| 特記事項 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度（自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M） |
| 特記事項 |
| 現在利用している介護サービス | 介護サービス・利用頻度 |
|  |

希望する事業（□にチェックする）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ | 食の自立支援サービス | 配食希望 | □１日１食　□１日２食□毎日　□週　　回□ご飯とおかず　□おかずのみ |
| 特記事項 | □疾患に対応する食事の希望あり |
| □ | 生きがい活動支援通所事業 | 希望会場 |  |
| 特記事項 |  |
| □ | 外出支援サービス | 自家用車の有無 | □自家用車なし　□自家用車あり　□自動車運転免許あり |
| 公共交通機関の利用 | 路線バス、コミュニティバス、汽車の利用□利用できない　　□利用している |
| リフト付きワゴン車 | □リフト付きワゴン車希望理由（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 特記事項 |  |
| □ | 緊急通報装置設置事業 | 世帯の状況 | □75歳以上のひとり暮らし□健康状態等に支障がある65歳以上世帯 |
| 電話の有無 | □固定電話あり　□固定電話なし |
| 特記事項 |  |
| □ | お元気ですか訪問 | 介護サービス状況 | □介護サービス利用なし□通所、訪問サービス利用 |
| 特記事項 |  |
| □ | 介護用品等給付事業 | 排泄の状況 | □要介護４以上で常時おむつが必要□認知症により常時おむつが必要　□トイレでの排泄頻度が高い□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 生活保護 | □受給なし　□受給あり |
| 特記事項 |  |
| 調査員所属 |  | 調査員の意見 |  |
| 調査員氏名 |  |