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 | |  | |