

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		

裏面もご記入ください。

希望する事業（□にチェックする）

□	食の自立 支援サービス	希望する 事業所 (いずれか 1つ選択)	□宅食ライフ	
			希望箇所に○	(月・火・水・木・金・日) (昼食・夕食) ※土曜日休み
			□コープさっぽろ	
		希望箇所に○	(月・火・水・木・金・土) (夕食) ※日曜日休み	
		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		
□	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	
□	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	失禁の状況 ()	
調査員所属			調 査 員 の意見	
調査員氏名				

裏面もご記入ください。