

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）

<input type="checkbox"/>	食の自立 支援サービス	配食希望	<input type="checkbox"/> 1日1食 <input type="checkbox"/> 1日2食 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週 回 <input type="checkbox"/> ご飯とおかず <input type="checkbox"/> おかずのみ
		特記事項	<input type="checkbox"/> 疾患に対応する食事の希望あり
<input type="checkbox"/>	生きがい活動 支援通所事業	希望会場	
		特記事項	
<input type="checkbox"/>	外出支援 サービス	自家用車の有無	<input type="checkbox"/> 自家用車なし <input type="checkbox"/> 自家用車あり <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 利用できない <input type="checkbox"/> 利用している
		リフト付きワゴン車	<input type="checkbox"/> リフト付きワゴン車希望 理由（ ）
		特記事項	
<input type="checkbox"/>	布団洗濯 乾燥サービス	世帯の状況	<input type="checkbox"/> 世帯全員が65歳以上で要介護4以上
		特記事項	
<input type="checkbox"/>	緊急通報装置 設置事業	世帯の状況	<input type="checkbox"/> 75歳以上のひとり暮らし <input type="checkbox"/> 健康状態等に支障がある65歳以上世帯
		電話の有無	<input type="checkbox"/> 固定電話あり <input type="checkbox"/> 固定電話なし
		特記事項	
<input type="checkbox"/>	お元気ですか 訪問	介護サービス状況	<input type="checkbox"/> 介護サービス利用なし <input type="checkbox"/> 通所、訪問サービス利用
		特記事項	
<input type="checkbox"/>	介護用品等 給付事業	排泄の状況	<input type="checkbox"/> 要介護4以上で常時おむつが必要 <input type="checkbox"/> 認知症により常時おむつが必要 <input type="checkbox"/> トイレでの排泄頻度が高い <input type="checkbox"/> その他（ ）
		生活保護	<input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給あり
		特記事項	
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。