

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	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				

裏面もご記入ください。