

記入見本

様式第1号の2（第5条関係）

身体状況等調査票

※記入又は該当する箇所にチェックしてください。

記入日 令和△年△月△日

対象者	ふりがな	とき たろう	生年月日	昭和△△年○月○日
	氏名	土岐 太郎		
	住所	土岐市 土岐津町土岐口●●-○○○		
	電話番号	●●-○○○○ (□携帯電話あり -)		
	世帯状況	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症の単身世帯 <input type="checkbox"/> 認知症のみの世帯 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	介護認定の状況	<input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
	障害者手帳等の状況	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 身体障害者手帳 種 級：障害名_____ 精神障害者保健福祉手帳 級 療育手帳 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2		

身体状況	認知症の診断	<input checked="" type="checkbox"/> 診断あり 診断名 (アルツハイマー型認知症) <input type="checkbox"/> 診断なし
	治療中の疾患	疾患名 糖尿病
		<input type="checkbox"/> 未受診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院 (1回/□週 <input checked="" type="checkbox"/> 月) <input type="checkbox"/> 訪問診療 (回/□週□月)
		<input checked="" type="checkbox"/> 服薬あり <input type="checkbox"/> 服薬なし
		医師の指示、療養・保健指導の内容 薬をきちんと飲むように言われている (毎食前)
	既往歴	疾患名 (高血圧) 治療 (□有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無) 入院 (□有・□無) 手術 (□有・□無)
	四肢機能 (特に歩行能力)	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 問題あり (具体的に 外を歩くときは杖が必要)
	視力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり (具体的に)
聴力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり 電話での会話 (□可・ <input checked="" type="checkbox"/> 不可) (具体的に)	
備考	散歩に出かけて、家に戻れなくなったことがある	
具体的なエピソード		

見守り状況	月	火	水	木	金	土	日
	<input checked="" type="checkbox"/> 家族/親族 <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> 訪問サービス <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 家族/親族 <input type="checkbox"/> 通所サービス <input checked="" type="checkbox"/> 訪問サービス <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 家族/親族 <input checked="" type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> 訪問サービス <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 家族/親族 <input type="checkbox"/> 通所サービス <input checked="" type="checkbox"/> 訪問サービス <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 家族/親族 <input type="checkbox"/> 通所サービス <input checked="" type="checkbox"/> 訪問サービス <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 家族/親族 <input checked="" type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> 訪問サービス <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 家族/親族 <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> 訪問サービス <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし

	項目	評価	特記事項
会話能力 1 言える 2 言えない	名前	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
	住所	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2	以前住んでいた住所を言うことがある
	年齢	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2	実際よりかなり若い年齢を言う
行動 1 乗れる 2 乗れない	車	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2	2年前まで運転していた
	バス・電車	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2	自宅の近くにバス停がある
	よく行く場所		〇〇公園
担当 ケアマネジャー	事業者名 ○○○○ 担当者 ○○○○		
作成者	氏名	織部 花子	
	利用者との関係	長女	
	連絡先	090-◆◆◆◆-□□□□	