

様式第1号の2（第6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 年 月 日

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	土岐市		
	電話番号	<input type="checkbox"/> 携帯電話あり <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>		
	世帯状況	<input type="checkbox"/> 認知症の単身世帯 <input type="checkbox"/> 認知症のみの世帯 <input type="checkbox"/> 重度の身体障害者 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/>		
	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 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 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 type="checkbox"/> 診断あり 診断名（ <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> 診断なし		
	治療中の疾患	疾患名		
		<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 通院（ <input type="checkbox"/> 回/ <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月） <input type="checkbox"/> 訪問診療（ <input type="checkbox"/> 回/ <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月）		
		<input 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			
	既往歴	疾患名（ <input type="checkbox"/> ） 治療（ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無）                                      入院（ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無）                                      手術（ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無）		
	四肢機能 （特に歩行能力）	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり（具体的に <input type="checkbox"/> ）		
	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり（具体的に <input type="checkbox"/> ）		
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり                                      電話での会話（ <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可） （具体的に <input type="checkbox"/> ）		
備考	具体的なエピソード			

見守り状況	月	火	水	木	金	土	日
	<input 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 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 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 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 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 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 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

生活に関する状況	項目	評価	特記事項
	摂食	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
	買い物	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	週 回/方法( )
	ゴミ出し	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
	火気管理	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
1 支障なし 2 支障あり ※判断基準：1人でできるかできないか	金銭管理	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
	掃除	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
	外出	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	週 回/行き先( )
	近所付き合い	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
	家族支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	誰が( ) 頻度( )
	自立意欲	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
担当 ケアマネジャー	事業者名 担当者		
作成者	氏名		
	利用者との関係		
	連絡先		