

C1 介護サービス用問診票

フリガナ		男 ・ 女
氏名		
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日

* ご相談者がご本人様とは違う場合・代筆の場合は下記ご記入ください。

フリガナ		ご本人様との関係
氏名		
住所		
電話番号	自宅	携帯

以下のことは当院での治療・サービスを受けていただくにあたり、
欠かせない大切なことですので、必ずご記入をお願いいたします。

1. 相談したいこと、受けたいと考えているサービスは何ですか？ 当てはまるもの全てにチェックをつけてください。

- | | |
|-------------------------------------|---------------------|
| 1. 家事全般のお手伝い | 10. 短期入所について |
| 2. 日常生活の動作の手助け(移動、食事、入浴等) | 11. 老人福祉施設など入所の相談 |
| 3. 認知症・物忘れに関わること | 12. 給食や配食サービスを受けたい |
| 4. 社会的交流を広げたい(趣味活動への参加等) | 13. 家族間での介護について |
| 5. 専門的な看護を受けたい | 14. 介護保険料など経済的なこと |
| 6. リハビリについて | 15. 薬について |
| 7. 痛みを和らげる緩和ケアについて | 16. 介護の仕方について教えてほしい |
| 8. 福祉機器(電動ベッドやポータブルトイレなど)の貸与・購入について | |
| 9. 自宅の住宅改修(手すりをつける、段差をなくすなど) | |

チェックをつけた方、持ち家ですか？賃貸ですか？ 持ち家 ・ 賃貸

17. その他

チェックをつけた方、どんなご相談ですか？

()

上記の中で、特に困っていることを3つ挙げてください。()

2. 主治医はいらっしゃいますか？ はい ・ いいえ

「はい」に をつけた方、病院名と担当医師名をご記入ください。

病院名() 担当医師名()

3. 介護保険証はお持ちですか？

持っている 被保険者番号 ()
 保険者番号 ()
 有効期限 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)
 要介護度 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

申請中 調査員が訪問した日はいつですか？ (平成 年 月 日)

持っていない 申請を希望されますか？ はい ・ いいえ

4. 身体障害者手帳はお持ちですか？

持っている 被保険者番号()
 等級()

持っていない

C1 裏面

5. ご家族について教えてください。

- * 第三親等まで(ご本人からみて親、配偶者、兄弟姉妹、子供、孫)ご記入ください。
- * 死別された方については、年齢の箇所に「死別」とご記入ください。

続柄	氏名	年齢	居・別	健康状態

6. 主介護者についてお伺いします。

- a) 主介護者はどなたですか？ 氏名()
- b) 主介護者の方の健康状態はどうですか？ 良好 ・ 普通 ・ あまり良くない ・ 不良
 「あまり良くない」「不良」に つけた方、具体的な状態を記入してください。
 ()
- c) 主介護者の方はお勤めされていますか？ はい(週 回位) ・ いいえ

7. ご家族の方が介護に関わる時間・頻度についてお伺いします。

- a) ご家族が介護に関わっている頻度はどれ位ですか？当てはまるものに をしてください。
 ほぼ毎日 ・ 隔日程度 ・ 週に1日～2日 ・ 週1回未満
- b) ご家族が介護に費やす時間はどのくらいですか？平日・週末それぞれお答えください。
 平日1日あたり()時間 週末・休日は1日あたり()時間

8. 医療・介護サービスの保険料について当てはまるものにチェックをつけてください。

- a) 介護サービスの月負担額はどれ位までと考えておられますか？ 月 円迄
- b) 現在介護サービスを利用されている方、どれ位の負担額ですか？ 月 円位

C2

介護サービス用問診票

フリガナ		男 ・ 女
氏名		
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日

9. 現在受けているサービスにチェックをつけ、利用頻度等を記入してください。

- | | | | |
|---------------------------|-----|--------|-----|
| 訪問診療(医師が自宅に訪問) | 週・月 | 回程度 | |
| 訪問歯科診療(歯科医師が自宅に訪問) | 週・月 | 回程度 | |
| 訪問薬剤管理指導(薬について自宅で指導を受ける) | 週・月 | 回程度 | |
| 訪問看護(看護師が自宅に訪問) | 週・月 | 回程度 | |
| 訪問リハビリ(理学療法士が自宅に訪問) | 週・月 | 回程度 | |
| 訪問指導等(その他の医療関係者が自宅に訪問) | 週・月 | 回程度 | |
| 訪問介護(ヘルパーが自宅に訪問) | 週・月 | 回程度 | |
| 通所介護・デイサービス(日中施設で過ごす) | 週・月 | 回程度 | |
| 通所リハビリ・デイケア(リハビリの為に施設に通う) | 週・月 | 回程度 | |
| 短期入所(数日間泊まりで施設を利用) | 週・月 | 回程度で1回 | 日間位 |
| グループホーム・ケアハウス・有料老人ホームへの入居 | 年 | 月 | 日~ |
| 自宅の住宅改修(手すりをつける、段差をなくすなど) | | | |

チェックをつけた方、どこを改修しましたか？ ()

福祉機器(電動ベッドやポータブルトイレなど)の貸与

何を利用していますか？ ()

その他()

10. 一日の平均的な過ごし方についてご記入ください。

時間	行動・動作など	<記入例>	行動・動作など
0		0	
1		1	
2		2	睡眠
3		3	
4		4	
5		5	↓
6		6	起床
7		7	朝食
8		8	↑ 洗濯とそうじ
9		9	↓
10		10	
11		11	↓ 週3回この時間に買い物
12		12	昼食
13		13	
14		14	↓ 30分ほど昼寝
15		15	
16		16	夕食の準備
17		17	
18		18	夕食
19		19	
20		20	入浴
21		21	
22		22	↑ 睡眠
23		23	

11. ご自宅の間取りを簡単に記入してください。