

302611

高齢者福祉サービス調査票1

★がついている見出しあは必須項目です。必ず記入してください。

被保険者番号 調査実施日 5:令和 年 月 日

★1. 緊急連絡先(利用者以外の方)

<input type="checkbox"/> 新規又は変更有	<input type="checkbox"/> 変更無			
フリガナ		生年月日	年 月 日	
氏名		性別		対象者との関係
住所	〒	電話番号		

★2. 主治医情報

氏名		医療機関名	
所在地	〒	電話番号	

★3. インフォーマル・サポート

<input type="checkbox"/> 1. 独居	<input type="checkbox"/> 2. 高齢者のみ世帯	<input type="checkbox"/> 3. その他の同居世帯
<p>親族や友人等の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> 3 每日訪ね、日中一緒に生活する、または夜泊まる <input type="checkbox"/> 2 毎日1回以上訪問 <input type="checkbox"/> 1 週1回以上訪問 <input type="checkbox"/> 0 訪問回数は週1回未満 <input type="checkbox"/> <p>同居者の身体レベル</p> <ul style="list-style-type: none"> ない <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> 身体レベル <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> 3 元気で買い物も可能 <input type="checkbox"/> 2 体力低下があり、室内掃除や炊事なら可能 <input type="checkbox"/> 1 身辺自立はOKだが、家事や介護は困難 <input type="checkbox"/> 0 要介護状態 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> 家事レベル <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> 3 家事全般が行える <input type="checkbox"/> 2 一部できない <input type="checkbox"/> 1 何もできない(しようとしてない) <input type="checkbox"/> 0 要介護状態 <input type="checkbox"/> 時間レベル <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> 3 基本的に在宅 <input type="checkbox"/> 2 週2回以上、半日以上不在 <input type="checkbox"/> 1 週5日以上、1日不在 <input type="checkbox"/> 0 ほとんど不在 <input type="checkbox"/> <p>※ 「いる」場合は、身体レベル・家事レベル・時間レベル各々の該当部分にチェックする</p>		

★4. 日常生活自立度について(それぞれ1つ)

障害高齢者の日常生活自立度
(寝たきり度) 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2認知症高齢者の日常生活自立度 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

★5. 火の取扱に関する項目

火の始末や管理ができないことが

 1. ない 2. 1ヶ月に1回以上の頻度である 3. 1週間に1回以上の頻度である

※★がついている見出しあは申請するサービス項目により、必須となる場合があります。