

302611

高齢者福祉サービス調査票1

★がついている見出しは必須項目です。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	
親族や友人等の支援	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 3 毎日訪ね、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
同居者の身体レベル	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる 身体レベル <input type="checkbox"/> 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 家事レベル <input type="checkbox"/> 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(しようとしない) <input type="checkbox"/> 0 要介護状態 時間レベル <input type="checkbox"/> 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

※「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

☆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)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 1ヶ月に1回以上の頻度である <input type="checkbox"/> 3. 1週間に1回以上の頻度である
-----------------	--

※★がついている見出し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。