

実 態 調 査 票

記入者	年 月 日
	氏名
	電話 ()

フリガナ		明治			
氏 名	男・女	大正	年	月	日生
		昭和		(歳)

1. 生活保護 2. 一 般	1. 単 身 2. 夫 婦 3. その他 ()
-------------------	------------------------------------

生 活 状 況	視 力	1. 全 盲	2. 左・右 眼失明	3. 弱 視	4. 晴 眼	
	聴 力	1. 全く聞こえない	2. 大声で聞こえる	3. 補聴器使用	4. 普 通	
	会 話	1. 不 能	2. 筆 談	3. どうかできる	4. 話 せ る	
	歩 行	1. できない	2. 要 介 護	3. どうかできる	4. 独 歩	
	[歩行器等の使用] 1. 車椅子 2. 杖 3. シルバーカー 4. その他()					
	入 浴	1. できない	2. 要 介 護	3. どうかできる	4. で き る	
	排 泄	1. できない	2. 要 介 護	3. どうかできる	4. で き る	
	[便座等の使用] 1. ポータブルトイレ 2. おむつ(昼夜・夜のみ) 3. 尿器・差込便器					
	料 理	1. 作れない	2. 作 れ る			
	認 知 症 (有・無)	ア.最近の出来事がわからない イ.金銭管理ができない ウ.火の始末管理ができない エ.その他 []				

身 体 状 況	寝たきりの状態	1. あ り (1. いつも臥床 2. 食事等を除き臥床)	2. な し		
	[寝たきりの始期・原因] 年 月から 原因:				
	体 位 交 換	1. できない	2. 要 介 護	3. どうかできる	4. で き る
	起 き あ が り	1. できない	2. 要 介 護	3. どうかできる	4. で き る
	座 位	1. できない	2. 要 介 護	3. できるが不安定	4. で き る
	身体障害者手帳	1. あ り (種 級/)	2. な し		
	感 染 症	1. あ り ()	2. な し	3. 不 明	

受 診 状 況	病 院 名	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
	病 名	
	受 診 回 数	週・月・年 回 通院・往診

介護保険被保険者番号	<input type="checkbox"/> 認定済	年 月 日～
	<input type="checkbox"/> 申請中	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 未申請	自立・要支援・要介護 ()

世帯の状況	氏名	続柄	年齢	職業	氏名	続柄	年齢	職業
緊急時の連絡先	氏名				続柄 (歳)			
	住所							
	電話番号							
	氏名				続柄 (歳)			
	住所							
	電話番号							
	氏名				続柄 (歳)			
	住所							
	電話番号							
在宅事業実施状況	市高齢福祉サービス							
	1. 自立支援ヘルパー		2. 軽度生活支援		3. 福祉用具()			
	4. 福祉電話		5. 緊急通報システム		6. 配食サービス			
	7. その他()							
調査意見	社会福祉協議会 住民参加型福祉サービス							
	1. 家事援助サービス		2. 食事サービス		3. その他()			
	介護保険給付サービス							
	居宅介護支援事業所()							
1. ホームヘルパー		2. 訪問入浴		3. 訪問看護				
4. 通所リハビリ		5. デイサービス						
6. その他()								