

実 態 調 査 票

記入者	氏名
	電話 ()
	対象者との関係

フリガナ		大正	年	月	日生
氏名		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
	起き上がり	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

介護認定	申請状況	介護度	認定期間	保険者
	<input type="checkbox"/> 認定済	<input type="checkbox"/> 自立	年 月 日	※市外の場合のみ記入
	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 要支援()	~ 年 月 日	保険者:
	<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 要介護()		被保険者番号:

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()							
	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()			
調査意見	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()							