ケアハウスビハーラ横手 入居希望者調査票

調査年月日　平成　　年　　月　　日

調査者氏名		所　属 (続柄)	
入居希望者氏名		生年月日	
現在の生活状況	□家族同居　□独居　□医療機関（　　病院） □施設入所中　□その他（　　）		
健康保険	種別		
各種手帳	□無し　□有り　障害名　　判定　　種　　級		
現在利用している介護保険サービス	□訪問介護　□訪問入浴　□通所介護　□短期入所　□訪問看護 □通所リハ　□その他（　　）		
食　事	□ 自立　□ 一部介助（　　） 主　食 □ 普通　□ お粥　□ その他（　　） 副　食 □ 普通　□ 刻み食　□ その他（　　） 用　具 □ 箸　□ スプーン　□ その他（　　） 食事制限 □ 無し　□ 有り（　　）		
歩　行	□ 自立　□ 一部介助（　　） 移動器具 □ 歩行器　□ 車イス　□ その他（　　）		
移　動	□ 交通機関利用可能　□ 介助で可能　□ 住居周辺のみ　□ 住居内のみ		
洗　面	□ 自立　□ 指示又は見守り　□ 一部介助		
入　浴	□ 自立　□ 指示又は見守り　□ 一部介助		
着脱衣	□ 自立　□ 指示又は見守り　□ 一部介助		
排　泄	□ 自立　□ 一部介助（　　） 排泄状況 □ トイレ　□ 尿器　□ ポータブル　□ オムツ 失　禁 □ 無し　□ 有り（　　）		
起　居	□ 自立　□ 指示又は見守り　□ 一部介助（　　）		
寝返り	□ 自立　□ 指示又は見守り　□ 一部介助（　　）		
視　力	□ 普通　□ 弱視（眼鏡使用　□無し　□有り） 状　況（　　）		
聴　力	□ 普通　□ 大声で聞こえる　□ 難聴 状　況（　　）		
言語、会話	□ 普通　□ 不明瞭　□ 失語		
認知症等	□ 無し　□ 有り（　軽度　中度　重度　）		
通院治療	□ 無し　□ 有り（通院回数　月　　回） 病名　　病院名		
アレルギー	□ 無し　□ 有り（　　）		
感染症有無	□ 無し　□ 有り（病名　　）		
既往歴	1、　　昭・平　　年頃 2、　　昭・平　　年頃 3、　　昭・平　　年頃		
服薬状況	□ 無し　□ 有り ※お薬の手帳等を参考にすべてご記入下さい。		

（特記事項）