

ケアハウスビハーク横手 入居希望者調査票

調査年月日 令和 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	<input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 医療機関 (病院) <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> その他 ()		
健康保険	種別		
各種手帳	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> その他 ()		
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 ()		
	主 食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	副 食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	用 具 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他 ()		
	食事制限 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ()		
歩 行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () 移動器具 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> その他 ()		
移 動	<input type="checkbox"/> 交通機関利用可能 <input type="checkbox"/> 介助で可能 <input type="checkbox"/> 住居周辺のみ <input type="checkbox"/> 住居内のみ		
洗 面	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 指示又は見守り <input type="checkbox"/> 一部介助		
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 指示又は見守り <input type="checkbox"/> 一部介助		
着 脱 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 指示又は見守り <input type="checkbox"/> 一部介助		
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 ()		
	排泄状況 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ 失 禁 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ()		
起 居	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 指示又は見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 ()		
寝 返 り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 指示又は見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 ()		
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 (眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り) 状 況 ()		
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴 状 況 ()		
言語、会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 失語		
認知症等	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (軽度 中度 重度)		
通院治療	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (通院回数 月 回) 病名 病院名		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ()		
感染症有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (病名)		
既 往 歴	1、	昭・平・令	年頃
	2、	昭・平・令	年頃
	3、	昭・平・令	年頃
服薬状況	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 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)			