

第2号様式(第3条関係)

在宅福祉サービス利用者調査書

作成日 年 月 日

- 申請するサービスの必要な項目の記入をしてください。
- 一人暮らし高齢者等軽度生活支援事業、生きがい対応型デイサービス事業、生活管理指導短期宿泊事業は、市から地域包括支援センターに依頼し、実態把握調査を受けていただきます。

事業名	記入項目番号
寝具類クリーニングサービス事業	1～3
一人暮らし高齢者等軽度生活支援事業	1～5
生きがい対応型デイサービス事業	1～5
生活管理指導短期宿泊事業	1～7

1 サービスの利用をする者

フリカ`ナ 氏 名		性別		生年月日	T S . . .
住 所	藤枝市				
電話番号	( )	( )			
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【事業対象者 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)】				
手 帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 級) 障害名 ( )				
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 ( A ・ B ) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ( 級)				
精神障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 状態 ( )				
人間関係	<input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 苦手				
性 格	<input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 凝り性 <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> その他 ( )				

2 同居者の状況

氏 名	性別	続柄	生年月日	職 業	備 考

3 緊急連絡先

氏 名	続柄	住所又は勤務先	電話番号

寝具クリーニングサービス事業の申請の方はここまでです。

#### 4 身体状況

身長	cm	体重	kg	言葉	普通 ・ やや不自由 ・ 不自由
視力	普通 ・ 弱視 ・ 全盲			床ずれ	無 ・ 有 (部位 )
聴力	普通 ・ やや難聴 ・ 難聴			麻痺	無 ・ 体幹 その他 ( ) 上肢 (右・左) ・ 下肢 (右・左)
	(補聴器の使用 無 ・ 有 )				

#### 5 日常生活動作の状況

移動	<input type="checkbox"/> 自力での歩行 ・ <input type="checkbox"/> 杖使用 ・ <input type="checkbox"/> 一部介助 ・ <input type="checkbox"/> はって移動 ・ <input type="checkbox"/> 全介助				
座位	<input type="checkbox"/> 座った姿勢を保てる … [ <input type="checkbox"/> 背あて必要 <input type="checkbox"/> 不要 ] ・ <input type="checkbox"/> 座位は不可能				
食事	動作	<input type="checkbox"/> 自分で可 … [ <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン ] ・ <input type="checkbox"/> 一部介助 ・ <input type="checkbox"/> 全介助			
	内容	<input type="checkbox"/> 普通食 ・ <input type="checkbox"/> おかゆ ・ <input type="checkbox"/> ムース			
排泄	尿	トイレ … [ <input type="checkbox"/> 自力 ・ <input type="checkbox"/> 補助 ] ・ <input type="checkbox"/> ポータブル			
		おむつ … [ <input type="checkbox"/> 夜間だけ ・ <input type="checkbox"/> 昼夜 ]	尿失禁	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	
	便	トイレ … [ <input type="checkbox"/> 自力 ・ <input type="checkbox"/> 補助 ] ・ <input type="checkbox"/> ポータブル			
		おむつ … [ <input type="checkbox"/> 夜間だけ ・ <input type="checkbox"/> 昼夜 ]	便失禁	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	
入浴	<input type="checkbox"/> 自分で可 ・ <input type="checkbox"/> 一部介助 ・ <input type="checkbox"/> 全介助 (自宅浴槽での入浴 可 ・ 不可)				
着替	<input type="checkbox"/> 自分で可 ・ <input type="checkbox"/> 一部介助 ・ <input type="checkbox"/> 全介助				
整容	<input type="checkbox"/> 自分で可 ・ <input type="checkbox"/> 一部介助 ・ <input type="checkbox"/> 全介助				
意思疎通	<input type="checkbox"/> 通じる ・ <input type="checkbox"/> ある程度通じる ・ <input type="checkbox"/> ほとんど通じない				

一人暮らし高齢者等軽度生活支援事業、生きがい対応型デイサービス事業の申請の方はここまでです。

#### 6 認知機能の状態

記憶障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 人や物の名前が思い出せないことが多い <input type="checkbox"/> 物の保管場所がわからないことが多い				
失見当	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 見知った場所(近所等)で道に迷う <input type="checkbox"/> 自分の部屋がわからなくなる				
幻覚	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	妄想	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		

#### 7 問題行動

攻撃的行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 頻繁に <input type="checkbox"/> ときどき )	自傷行為	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 頻繁に <input type="checkbox"/> ときどき )		
火の不始末	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 頻繁に <input type="checkbox"/> ときどき )	徘徊	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 頻繁に <input type="checkbox"/> ときどき )		
不穏興奮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 頻繁に <input type="checkbox"/> ときどき )	不潔行為	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 頻繁に <input type="checkbox"/> ときどき )		

生活管理指導短期宿泊事業の申請の方はここまでです。

備考

--