利 用 者 調 査 票

相談日　　年　　月　　日

調査者(　　)

利用希望者　　様		M・T・S　年　月　日（　才） 男・女		
住所			電話	
相談者氏名　　様		続柄	相談者連絡先	
居宅支援事業所		担当CM	認知症型	アルツ ・ 脳血管 ・レビー ・他
要介護度	障害老人自立度・J・A・B・C	認知症老人自立度・Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ		
相談内容				
家族状況		生活暦・職歴・病前性格		
既往歴・入院歴			主治医	
これまでの様子				
利用中の在宅サービス・	ヘルパーS（　回／　）	訪問看護　（　回／　）		
	訪問入浴　（　回／　）	デイサービス（　回／　）		
	デイケア　（　回／　）	その他　（　）		

視力	ふつう・やや悪い・ほとんど見えない・その他(　)	
聴力	ふつう・やや悪い・ほとん聞こえない・その他(　)	
発語・発音機能	ふつう・やや悪い・ほとんどできない・その他(　)	
歩行	自立・一部介助（　）・全介助（　）	
移乗	自立・一部介助（　）・全介助（　）	
食事	自立・一部介助（　）・全介助（　）	
排尿	自立・一部介助（　）・全介助（　）	
排便	自立・一部介助（　）・全介助（　）	
入浴	自立・一部介助（　）・全介助（　）	
口腔ケア	自立・一部介助（　）・全介助（　）	
更衣	自立・一部介助（　）・全介助（　）	
その他		
①本人にとって必要なコミュニケーションがとれるか・		①取れる　②時々取れる　③取れない
②今しがたの出来事を覚えているか・		①問題ない　②時々覚えている③覚えていない
③時間や季節、場所、人を間違えないか・		①問題ない　②時々　③間違える
④世話を焼くと被害的になって興奮することはないか・		①問題ない　②時々ある ③ある
⑤間があくとそわそわ歩いたり、物をいじったりしていないか・		①問題ない ②時々ある」 ③ある
⑥夜中に起き出して夢のような事をいって興奮する事はないか・		①問題ない　②時々ある　③ある
⑦感情の起伏が激しかったり、無気力、無関心の事はないか・		①問題ない　②時々ある　③ある