

記入例

調査票氏名(串本太郎)

(該当するものがあれば番号及び項目に○を付けてください。)

- ① 現在、治療している病気はありますか。
〔病名: 高血圧症〕
- ② 常用している薬があります。
〔薬名: ノルバスク〕
- ③ 携帯している薬があります。
〔薬名: アダラート〕
- 4 目が悪いため、音声で呼びかけをしてほしいです。
- 5 耳が聞こえないため、筆談や手話などにより呼びかけをしてほしいです。
- ⑥ 難聴のため、大きな声で呼びかけてほしいです。
- 7 歩行に問題はありませんが、避難所まで付き添いが必要です。
- ⑧ 移動に介助が必要です。
〔杖歩行 ○車椅子・担架・その他()〕
- 9 人工透析を行っています。〔血液透析・腹膜透析〕
- 10 医療機器の携帯が必要です。
〔酸素ボンベ・酸素濃縮器・人工呼吸器・アンビューバック・吸引器
吸入器(ネブライザー)・電気・バッテリー・その他()〕
- 11 ペースメーカー等を使用しているため、携帯電話の利用に配慮が必要です。
- ⑫ 排泄に配慮が必要です。
〔オムツ・尿カテーテル・ストマケア用品 ○ポータブルトイレ・尿器・便器〕
- 13 食事に対して配慮が必要です。
〔軟食・流動食・経管栄養・胃瘻・中心静脈栄養・その他()〕
- ⑭ 理解することが苦手なので、わかりやすい言葉で話してほしいです。
- 15 じっとしていることが苦手なので、配慮が必要です。
- 16 こだわりが強いので、配慮が必要です。

裏面もお願いいたします

- 17 認知症なので、配慮が必要です。
- 18 精神障害(精神の不安定、幻覚・幻聴など)に対する配慮が必要です。
- 19 大声を出したり、他害・自傷のおそれがあるので、配慮が必要です。
- 20 地域との交流
 [ほぼ毎日近所の方と交流 ・ 週に数回交流 ・ 月に数回交流 (ほとんどない)]
- 21 自宅以外の家族・親類との交流(電話でも可)
 [ほぼ毎日家族・親類と交流 ・ (週に数回交流) ・ 月に数回交流 ・ (ほとんどない)]
- 22 生活をサポートしてもらっている人がいる。
 [氏名 ● ● ● ● 続柄 ヘルパー
 頻度 (毎日) ・ 週に()回 ・ 月()回 ・ その他()
 (掃除) ・ (洗濯) ・ (買い物) ・ 通院 ・ (炊事) ・ (その他) (配食サービス)]

血液型	(A) ・ B ・ O ・ AB : (RH+) ・ RH-			
医療保険	健保 ・ (国保) ・ 共済 ・ 後期 ・ その他()			
かかりつけの病院1	病院名	くしもと町立病院	電話番号	0735-62-7111
	所在地	串本町サンゴ台691-7	診療科	内科
かかりつけの病院2	病院名		電話番号	
	所在地		診療科	
介護保険の 居宅介護 支援事業者	事業者名	●●●●●●	電話番号	0735-▲▲-▲▲▲▲
	所在地	串本町●●▲▲▲▲番地	担当ケアマネ ージャ名	● ● ● ●
その他	緊急通報システム あり ・ (なし)			
居住建物構造	(木造) ・ 鉄骨 ・ 鉄筋 : (2 階建て)			
普段いる部屋 寝室の場所	普段いる部屋(1階左前居間) ・ 寝室の場所(1階右奥)			

表面もお願いします