

# 調査票 氏名( )

(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: 〕
- 2 常用している薬があります。  
〔薬名: 〕
- 3 携帯している薬があります。  
〔薬名: 〕
- 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 \_\_\_\_\_  
 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( ) ]

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		電話番号	
	所在地		診療科 担当医名	
かかりつけの病院2	病院名		電話番号	
	所在地		診療科 担当医名	
介護保険の 居宅介護 支援事業者	事業者名		電話番号	
	所在地		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 : ( 階建て)			
普段いる部屋 寝室の場所	普段いる部屋( ) ・ 寝室の場所( )			

表面もお願いします