

# 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