

現況調査票

様式 3-1

1、本人の状況（利用希望者）

令和 年 月 日現在

本人氏名		保険者（市区町村名）
要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	市・区・町・村
認定有効期間	令和 年 月 から 令和 年 月 まで	介護保険被保険者番号

認知症等により介護上の支障となる行動（すべての項目をチェックして下さい）

	な い	少しある (月1～2回程度)	やや多い (週1～2回以上)	多 い (毎 日)
被害妄想がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
作り話をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感情が不安定である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夜間不眠や昼夜逆転がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
同じ話を繰り返す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
大声や奇声を発する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護や助言に抵抗する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
収集癖がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
物や衣類を壊すことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ひどい物忘れがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
幻視・幻聴がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
徘徊がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

日常生活動作等について（該当するものを○で囲んでください）

食 事	1、自立 食事内容：主食 普通 経口流動食 嗜好食品（ 2、声かけ・見守りが必要 かゆ ミキサー 治療食（ 3、一部介助 副食：普通 4、全介助 きざみ ミキサー 鼻腔栄養 胃ろう ）・禁忌食品（ ）
排 泄	1、自立 トイレ 2、声かけ・見守りが必要 リハビリパンツ 3、一部介助 オムツ 4、全介助 バルーン ストマ
入 浴	1、自立 一般浴 2、声かけ・見守りが必要 リフト浴 3、一部介助 機械浴 4、全介助
更 衣	上衣等：1、自立 ズボン等：1、自立 2、声かけ・見守りが必要 3、一部介助 4、全介助
移 動	1、独歩 杖 2、見守り・介助歩行 歩行器 3、車イス シルバーカー 4、その他（ ）
	身長 cm ・ 体重 kg

2、在宅サービスの利用度（現在、在宅でサービスを受けている方のみご記入下さい）

在宅サービス 限度額割合	デイサービス・デイケア	日／週
	ショートステイ	日／月
	訪問介護（ヘルパー）	日／週 時間／日
	訪問入浴	日／週
	福祉用具貸与	
	その他のサービス	
居宅介護支援事業所名		担当ケアマネジャー名

3、家族の状況（主となる家族）

①世帯の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他（入所・入院中を含む）
②介護者の年齢・続柄	年齢： 歳 続柄：
③介護の負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> なし
④介護者の障害や疾病	<input type="checkbox"/> 障害や疾病はない <input type="checkbox"/> 障害や疾病がある *障害や疾病がある場合、その状況を記入下さい ()
⑤介護者の就労	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している 職種等： 就労日数： 日／週 就労時間： 時間／日
⑥他の要介護者 ※利用希望者以外の家族	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる（要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5）
⑦育児・家族の 看護の状況	<input type="checkbox"/> 育児・家族の看護はしていない <input type="checkbox"/> 育児または、家族の看護をしている *育児・看護をしている場合は、その状況を記入下さい ()
⑧介護への関わり	<input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 非常に消極的 <input type="checkbox"/> 介護拒否
⑨他の同居介護補助者 の有無	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる 続柄： 日数： 日／週程度
⑩別居血縁者の介護協力	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 続柄： 日数： 日／週程度
⑪近隣者の介護協力	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 続柄： 日数： 日／週程度

*施設・病院等に入所・入院中の方は、ご本人が自宅に戻られた時の状況を想定し②～⑪をご記入下さい

特記事項（何か伝えたいことがありましたらご記入下さい）
