

面接調査票

利用者氏名		男・女	身元引受人		続柄	
生年月日			住所			
介護度	年齢					
住所			電話番号			
			ケアマネ			
電話番号			事業所名			
緊急連絡先	氏名		続柄	電話		
	①			自宅：		
				携帯：		
	②			自宅：		
				携帯：		
	③			自宅		
携帯						

家族構成		家族の介護状況・問題			
生活歴		生活習慣			
出生地		起床時間			
居住地		朝食			
学歴		午前			
職歴		昼食			
		午後			
趣味		夕食			
関わりのあった友人、知人、ペット等					
		就寝時間			
その他		本人の希望			
		家族の希望			
サービスの利用状況	訪問介護	(事業所名)	利用時間		
	訪問看護	(事業所名)	利用時間		
	ディサービス	(事業所名)	利用日数		
	ショートステイ	(事業所名)	利用日数		

主治医	病院名：	Dr：
既往歴	現在治療中の病気	
薬	感染症	
	MRSA (一)	梅毒 (一)
	結核 (一)	その他 (一)
	肝炎 (一)	

ADL状況

移動	介助の必要なし・歩行介助（器具の使用： ）・立位のみ・歩行不可
車椅子	移乗（自立・一部介助・全介助・二人介助）、操作（できる・できない）
	専用車椅子（あり・なし）
身体機能	上肢麻痺（右・左） 下肢麻痺（右・左） 寝たきり
注意事項	
食事	■見守り・一部介助・全介助 ■箸・スプーン・フォーク
	■主食：ご飯・粥・ミキサー ■副食：普通・刻み・特刻み・ミキサー
	■食べられない物（あり・なし） ■牛乳（飲める・飲めない）
	■食物アレルギー（あり・なし） ■義歯（あり・なし）
身体機能	
排泄	■自立（トイレ・ポータブル） ■一部介助（トイレ・ポータブル）
	■全介助 ■オムツ使用（昼夜・夜間のみ） ■便意（あり・なし）
	■尿量（多い・少ない） ■回数（ / 日）
	■便量（多い・少ない） ■回数（ / 日） ■下剤（あり・なし）
注意事項	
入浴	■入浴（自立・一部介助・全介助） ■着脱（自立・一部介助・全介助）
	■種類（歩浴・寝浴） ■シャワーチェア（いる・いない）
	■入浴回数（2回/週）
注意事項	
視力	（見える・見えにくい・見えない） 眼鏡（あり・なし） 障害（あり・なし）
聴力	（聞こえる・大声で聞こえる・聞こえない） 補聴器（あり・なし） 障害（あり・なし）
言語	（聞き取りやすい・聞き取りにくい）
意思疎通	（とりやすい・とりにくい）
睡眠	（良眠・不眠） 睡眠時間（ 時～ 時）
	睡眠薬（常用・屯用・なし） ベッドの使用（可能・不可能）
行動障害	特記すべき事項 （あり・なし）
特記事項	