

生活支援調査票

注意事項

被保険者番号	被保険者番号も必ず記入して下さい。		担当ケアマネの事業所名と氏名を記入して下さい。	年	月	日	受付
担当事業所名	相談受付者		☎ ()				
本人氏名	生年月日 M・T・S 年 月 日 (歳)						
緊急連絡先	氏名 続柄						
	住所 ☎ ()						
要介護認定	済 → 非該当・事業対象者・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5						
	申請中						
	未						
医療保険各種手帳等利用	医療保険	1. 社保(本人・家族) 2. 国保 3. その他			生活保護	なし・あり	
	身障手帳	なし・あり 種 級 障害名 ()					
<家族構成図>		<家族関係、経済状況など>					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> ※必須 ジェノグラムを記入 家族構成 (別居家族も含めて) </div>	氏名	年齢	続柄	同居者	職業	健康状態	別居の場合は連絡先
							住所 電話 ()
							住所 電話 ()
							住所 電話 ()
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 家族状況、支援状況(訪問頻度・支援内容等)を記入して下さい。 </div>	家族支援 同居	1・日中不在 (am : ~ am : 頃まで) 2・二世帯住宅(交流 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)					
		支援内容:					
本人=◎, 男性=□, 女性=○, 死亡=●■, 同居を○で囲む	別居	1・市内在住 2・都内・近隣市在住 3・遠方 () 訪問: _____/回					
		支援内容:					
経済状況	年金の種類 _____ 年金 (月/ _____ 円)			親族の経済的支援 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし			
	特記:						
<健康状態、医療受診の状況>							
身体的な状況	1・問題なし 2・あり ()						
精神的な状況	1・問題なし 2・あり ()						
現在の疾患名 通院・往診など	疾患名 ()						・ <input type="checkbox"/> なし
	1・未受診 2 医師の指示により食事制限を受けている場合は必ず記入して下さい。						()
医師などからの指導							
<生活状況、困っていること、必要とするサービスについて>							
対象者の病状、家族の支援状況、介護サービスの利用状況、などを記入して下さい。 また、「家族からの虐待疑い(介護放棄・年金搾取・暴力等)」「認知症状で安否確認が重要」 「食の確保が困難で生命リスクがある」など、特に配食サービスを希望する理由がある場合も記入して下さい。							
<現在受けているサービス>							
種 類 等	曜 日 ・ 回 数	提 供 機 関			☎	他	
	月・火・水・木・金・土・日 月 回						
	月・火・水・木・金・土・日 月 回						
	月・火・水・木・金・土・日 月 回						
<現在のケアプラン> *配食利用希望事業者名 () *利用希望曜日 ()、昼食・夕食)							
	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> 配食利用予定事業者名・利用希望日を記入して下さい。 </div>							

生活状況について調査を行い書類を作成した日付を記入して下さい。

※必須
ジェノグラムを記入
家族構成
(別居家族も含めて)

家族状況、支援状況(訪問頻度・支援内容等)を記入して下さい。

医師の指示により食事制限を受けている場合は必ず記入して下さい。

現在利用中のサービスについて、記入して下さい。

配食利用予定事業者名・利用希望日を記入して下さい。

1～4の全てを記入して下さい。必ず、該当するものにすべて☑を記入して下さい。

注意事項

※1. 支障なし 2. 支障ないが困難 3. 支障あり

1 ・ 食 力	摂食	□1. □2. □3()	献立	□1. □2. □3()
	買い物	□1. □2. □3()	調理	□1. □2. □3()
	配・下膳	□1. □2. □3()	ゴミだし	□1. □2. □3()
	火気管理	□1. □2. □3()	食費管理	□1. □2. □3()
に 関 す る 状 況	【自立意欲】 1. 問題なし 2. 問題あり ()			
	【食事回数】 回 / 日 (外食の頻度 回/週)			
	【一緒に食べる人】 ・朝食(あり・なし) ・昼食(あり・なし) ・夕食(あり・なし) 【本人との関係() 介護認定 あり・なし】			
	【調理】 食事設備 1. 十分 2. 不十分()			
【食材】 食品入手先 1. なし 2. あり (・食品店 ・コンビニ ・スーパー ・生協 ・移動販売 ・その他()				
【食事内容など】		【調理の様子】		
2 関 す 日 常 生 活 に 関 す る 状 況	生活動作	掃除機の利用 □1. □2. □3(週 / 回)	洗濯	□1. □2. □3(週 / 回)
		電話の利用 □1. □2. □3(/ 回)	服薬	□1. □2. □3()
	【申請書類などへの記入・その他手続きについて】		【年金、通帳の管理・その他金銭管理について】	
1・問題なし()		1・問題なし()		
2・問題あり()		2・問題あり()		
3 活 ・ 動 生 に 関 す る 状 況	社会参加	□1. □2. □3()	聴力	□1. □2. □3()
	活動意欲	□1. □2. □3()	視力	□1. □2. □3()
	意思の伝達	□1. □2. □3()	記憶・理解	□1. □2. □3()
	【趣味活動について】 1. あり ・ なし		【友人関係について】	
2. 活動内容(/ 回)		1. あり ・ なし()		
【健康、ニュースへの関心】 1・あり ・ なし		2. 友人との外出など()		
2・テレビ・新聞・雑誌・その他()		3. その他()		
4 ・ A D L に 関 す る 状 況	立位	□1. □2. □3()	立ち上がり	□1. □2. □3()
	移乗	□1. □2. □3()	室内歩行	□1. □2. □3()
	階段昇降	□1. □2. □3()	排泄動作	□1. □2. □3()
	嚥下	□1. □2. □3()	言語	□1. □2. □3()
【家庭・医療機関でのリハビリ活動】		【外出時の移動方法】		
1・散歩(/ 回)		1・交通機関を利用()		
2・医療機関など(/ 回)		2・歩行器、杖を使用()		
3・その他(/ 回)		3・その他()		

《市役所確認欄》

上記の1～4は全て審査に必要な項目の為、記入漏れの無いよう、ご確認下さい。