

基本調査票

年 月 日

利用開始日		利用曜日		利用コース	
年 月 日 ()		月・火・水・木・金・土		1日 ・ AM ・ PM	
フリガナ:		○ 男性 ○ 女性		緊急連絡先	
利用者名: 様		生年月日/年齢		氏名:	
		年 月 日 () 歳		続柄:	
事業対象者 : 要支援 / 1・2		要介護 / 1・2・3・4・5		〒	
住 所:		電 話:		住所:	
				電 話:	
家族図:		主治医施設: () 科			
		住 所:			
		電 話:			
		主治医名:			
		既 往 症		服 用 薬	

		備 考	
食 事	○自立 ○一部介助 ○全介助 ○胃ろう	好きな物:	
	食物アレルギー: ○無 ○有 ()	嫌いな物:	
形 態	主食: ○常食 ○粥食 ○ミキサー	禁食:	
	副食: ○常菜 ○きざみ ○みじん ○ミキサー	特 記	
義 歯	○有 ○無 口腔ケア: ○歯磨き ○うがい ○その他()		
嚥 下	○むせない ○時々むせる ○毎回むせる		
排 泄	○自立 ○誘導・一部介助 ○全介助		
尿 意	○ある ○時々ある ○ない		
便 意	○ある ○時々ある ○ない		
種 類	□トイレ □紙おむつ □パット □ポータブルトイレ □尿器		
入 浴	○しない ○する(○自立 ○一部介助 ○全介助 ○リフト浴)		
歩 行	○自立 ○一部介助 ○全介助 ○杖 ○車椅子		
移 動	○屋外自立 ○屋内のみ自立		
起 立	○安定 ○不安定 ○不可		
睡 眠	○普通 ○不眠	送 迎 方 法	
更 衣	○自立 ○一部介助 ○全介助	※待ち合わせ場所・時間・連絡手段等	
視 力	○支障なし ○支障あり		
聴 力	○支障なし ○支障あり		
言 語	○支障なし ○支障あり		
認 知	○無し ○有り		
利用者特性			
ご家族の要望:			
介護者: ○いつも居る ○一時的に不在 ○全く不在			
予測される高い危険性: □なし □転倒/怪我 □脱水症状 □感染症/急性期疾患			