

サービス付き高齢者向け住宅 やわみどり 質問票

令和 年 月 日現在

介護状況	主たる介護者の氏名							
	介護者の就労状況	(男・女)・年齢 歳・続柄:						
	介護期間	平成 年 月頃から	原因	◇病気 ◇けが ◇その他				
	ケアマネージャー							
	事業所名							
現 況	◇自宅で単身 ◇高齢者のみの所帯 ◇家族と同居 ◇他施設()							
	◇入院中 病院名()入院期間:令和 年 月 日から							
身体状況	身長	cm	体重	kg	体温	℃	血圧	/
	体 型	◇普通 ◇肥満 ◇痩身 ◇大柄 ◇小柄 ◇円背 ◇腰屈						
	視 力	◇普通 ◇見えにくい(左・右) ◇見えない(左・右)						
	聴 力	◇普通 ◇聞こえにくい(左・右) ◇聞こえない(左・右)						
	発 語	◇普通 ◇はっきりしない ◇話せない						
	移 動	◇歩行 ◇杖 ◇歩行器 ◇車椅子(自操・介助)						
生活状況	食 事	主食:◇パン ◇ご飯 ◇おかゆ ◇その他()				介助	◇自立 ◇介助	
		副食:◇普通 ◇一口 ◇刻み ◇極刻み ◇その他						
	排 泄	◇トイレ ◇ポータブル ◇オムツ				介助	◇自立 ◇介助	
	入 浴	◇個浴 ◇座浴 ◇特浴 ◇清拭のみ				介助	◇自立 ◇介助	
健康状況	現疾患				病 歴			
	主治医名				内服薬			
	電話番号							
	感染症	◇無 ◇有()			アレルギー	◇無 ◇有()		
	便秘	◇無 ◇有(服薬:無・有)			入れ歯	◇無 ◇有()		
	認知症	◇無 ◇有(軽度・中度・重度)			問題行動	◇無 ◇有()		
	麻痺	◇無 ◇有()						
	その他	年金受給	◇国民年金 ◇厚生年金 ◇老齢福祉年金 ◇障害年金 ◇恩給(年額:)					
生活保護		◇無 ◇有(保険者)						
※介護上の悩み、困っている事がございましたらご記入下さい。								