

# 生 活 実 態 把 握 票

<small>シメイ</small> 氏名	生年月日 大・昭 年 月 日 ( )歳	性別
住所 大和高田市		電話番号
被保険者番号	家族構成 1. 独居 2. 高齢者世帯 3. その他	
同居家族の体の状態 1. 病気・障害あり(本人との関係 ) 病名など( ) 2. 病気・障害無し		
介護度 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日	

【1】現在のお困りごとは何ですか

{

【2】既往歴と現在の状態

{

【3】現在の状況(当てはまる番号すべてに○をつけてください)

1. 退院してきて1ヶ月未満
2. 病院でのリハビリを最近終了した
3. 現在、進行中の病気( )がある
4. 1人暮らしである
5. 1時間以内にかかけられる親族がいない
6. その他( )

【4】生活状況(以下のことを一人で行うことができますか。当てはまる番号に○をつけてください)

1	着替えができますか	1. できる	2. 手助けが必要	3. できない
2	お風呂に入ることができますか	1. できる	2. 手助けが必要	3. できない
3	食事をすることができますか	1. できる	2. 手助けが必要	3. できない
4	トイレで用をたすことができますか	1. できる	2. 手助けが必要	3. できない
5	買い物に行くことができますか	1. 行ける	2. 行けない	
6	部屋の中を歩くことができますか	1. できる	2. できない	
7	誤嚥性肺炎*になったことがありますか	1. ない	2. ある	

(\* 食べ物等の一部が気管に入ってむせて肺に入り肺炎をおこすこと)

市、地域包括支援センターが行う事業の実施にあたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、利用者基本情報、アセスメントシートを、市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係するものに提示することに同意します。

\* 本人が署名できない場合はこちらもお書きください

代筆者氏名

本人氏名 \_\_\_\_\_

本人との関係( )