

## ことぶき苑利用者調査票（通所）

調査日：令和 年 月 日  
 体験日：令和 年 月 日  
 担当相談員：

氏名			年齢	生年月日			
			男 女	大・昭 年 月 日			
住所						TEL:	
キーパーソン				続柄			TEL:
病名及び状態				既往歴等	主な介護者：		
	認知症： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
要介護度：要介護（～R.）							
介護者の状況 （家族支援・協力）	<input type="checkbox"/> 不在 <input type="checkbox"/> 高齢（ 才） <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 仕事有り <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 少しは協力的 <input type="checkbox"/> かなり困難 <input type="checkbox"/> 拒否的						
利用の目的	<input type="checkbox"/> 介護疲れ軽減 <input type="checkbox"/> 日中の介護者不在 <input type="checkbox"/> 生活リハビリ <input type="checkbox"/> 施設待機 <input type="checkbox"/> 認知症に対するケア <input type="checkbox"/> 入浴機会 <input type="checkbox"/> 他者との交流 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
趣味活動	酒：+・- 喫煙：+・-						
【通所リハ利用の目的】		※出身地：		職歴：			
A D L	食 事 (主)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 自具具 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> パン 水分制限：					
	(副)	<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト アレルギー・禁忌： 嚥下・ムセ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 トロミ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	義 歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 総 ・ 部分（上・下）					
	移 動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス（ ）					
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（ ）人 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット（ ）					
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り、声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助（ ） <input type="checkbox"/> 全介助					
	入 浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 個別浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャー浴 <input type="checkbox"/> 清拭					
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 眼鏡（ <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 必要時）					
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 耳元で可 <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器（ <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右）					
	発 語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 何とか分かる <input type="checkbox"/> はっきりしない <input type="checkbox"/> ほとんど話せない <input type="checkbox"/> 発語なし					
麻 痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） 装具（ ） 拘縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						