

### ③ ご家庭の状況アンケート

このアンケートは、ご利用者の皆様に、より良い療養生活を送っていただくための参考として使用させていただくものです。お手数でございますが、該当する番号を○で囲んでいただくか、できるだけ詳細にご記入くださいますようお願いいたします。

ご本人名 \_\_\_\_\_ ご記入者名 \_\_\_\_\_ ご記入日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

●家族構成（同居、別居に関わらず、親しいご関係のご親族についてご記入ください。）

氏名	続柄	年齢	同居／別居	職業	休日

●緊急連絡先（お差し支えなければ携帯電話もお書きください。）

氏名	続柄	日中TEL	夜間TEL
1.		自宅：( ) - 勤務先：( ) - (勤務先名 ) 携帯：	自宅：( ) - 勤務先：( ) - (勤務先名 ) 携帯：
2.		自宅：( ) - 勤務先：( ) - (勤務先名 ) 携帯：	自宅：( ) - 勤務先：( ) - (勤務先名 ) 携帯：
3.		自宅：( ) - 勤務先：( ) - (勤務先名 ) 携帯：	自宅：( ) - 勤務先：( ) - (勤務先名 ) 携帯：

●ご本人が現在居られる所 1.在宅 2.病院 ( ) 3.施設 ( )

●かかりつけの医療機関名、及び主治医名

医療機関名 \_\_\_\_\_ 診療科目 \_\_\_\_\_ 科 主治医名 \_\_\_\_\_ 先生  
通院 ・ 往診 (どちらかに○) 受診頻度 \_\_\_\_\_ (週・月) に \_\_\_\_\_ 回

●その他に受診中の医療機関名、及び医師名

医療機関名 \_\_\_\_\_ 診療科目 \_\_\_\_\_ 科 主治医名 \_\_\_\_\_ 先生  
通院 ・ 往診 (どちらかに○) 受診頻度 \_\_\_\_\_ (週・月) に \_\_\_\_\_ 回

●年金の種類は \_\_\_\_\_ 1ヶ月 \_\_\_\_\_ 円

●「身体障害者手帳」はお持ちですか? はい ( \_\_\_\_\_ 種 \_\_\_\_\_ 級) ・ いいえ ・ 申請中

●「福祉給付金資格者証」はお持ちですか? はい ・ いいえ

●食費・居住費（滞在費）に関する「介護保険負担限度額認定証」はお持ちですか? はい ・ いいえ

ご本人についてお尋ねいたします

●下記の生活活動についての習慣、留意事項をご記入ください。(好き嫌い、時間がかかる、夜間オムツ等)

・食 事 \_\_\_\_\_

・排 泄 \_\_\_\_\_

・入 浴 \_\_\_\_\_

・身だしなみ・着替え \_\_\_\_\_

・その他 \_\_\_\_\_

●アルコールは飲まれますか？ 1. 1日 \_\_\_\_\_ 程度飲む 2. 飲まない

●煙草は吸われますか？ 1. 1日 \_\_\_\_\_ 本程度吸う 2. 吸わない

●ご本人の性格・傾向 \_\_\_\_\_

●近所付き合い \_\_\_\_\_

●親しく付き合っている人 \_\_\_\_\_

●趣味・特技等 \_\_\_\_\_

●一日の過ごし方



●一週間の過ごし方 (居宅サービス以外でお答えください。)

●リハビリについて

積極的なリハビリを望んでいる？

1. はい 2. いいえ 3. その他 ( )

希望する内容があればご記入ください。

●介護について、また施設療養についてご心配なことや、ご要望がございましたらご記入ください。

●これまでに、下記の居宅サービスをご利用になったことはありますか？カッコ内に○をつけ、空欄に記入してください。（介護保険施行前・後に関わらず、ご記入ください。）

居宅介護支援事業所名 \_\_\_\_\_

介護支援専門員（ケアマネージャー）名 \_\_\_\_\_

サービス名	施設・事業所名	利用頻度（曜日）
( ) 訪問介護(ホームヘルパー)		
( ) 訪問入浴		
( ) 訪問看護		
( ) 訪問診察(往診)		
( ) 訪問リハビリ		
( ) 通所介護(デイサービス)		
( ) 通所リハビリ(デイケア)		
( ) 短期入所生活介護(特養)		
( ) 短期入所療養介護(老健・病院)		
( ) 居宅療養管理指導		
( ) 配食サービス		
( ) 福祉用具貸与	何を：	
( ) 福祉用具購入費支給	何を：	
( ) 住宅改修工事	どこを：	
( ) 特別養護老人ホーム入所申請		申請時期： 年 月
( ) その他		

**家屋状況についてお尋ねいたします**（該当する番号に○をつけ、カッコ内はご記入ください。）

- 家屋種類 1. 一戸建て住宅 2. マンション 3. アパート 4. 団地 5. その他
- 家屋構造 1. 平屋建て 2. ( ) 階建て 3. ( ) 階建ての ( ) 階
- 家屋所有 1. 持ち家 2. 借家・賃貸
- エレベータ 1. 有 2. 無
- 専用居室 1. 有 ( ) 階の ( ) 畳 2. 無
- 冷暖房 1. 有 2. 無
- 寝具 1. 介護用ベッド 2. 一般用ベッド 3. 布団 4. その他 ( )
- 食卓 1. テーブル 2. 座卓 3. ベッド上 4. その他 ( )
- トイレ 1. 和式 2. 洋式 3. ポータブルトイレ
- 浴室 1. 据え置き式浴槽 2. 半埋め込み式浴槽
- 玄関段差 1. 有 ( ) 段 2. 無（あるいはスロープ・段差解消機設置済み）

介護をなさる方についてお尋ねいたします

●ご家族の中で主な介護者はどなたですか？

氏名\_\_\_\_\_ 続柄\_\_\_\_\_ 健康状態\_\_\_\_\_

●主に介護をなさる方は、介護に対して不安に思う事がありますか？

1. ない 2. ある（下記の具体的内容に○、あるいは「その他」欄に記入してください。）

身体的不安	A. 体力的につらい	精神的不安	A. 先の見通しが見つからない
	B. 体調不安		B. 他の協力者が得られない
	C. 睡眠不足		C. 自分の時間が持てない
	D. その他 ( )		D. 理解者がいない
経済的不安	A. 介護の材料費 (オムツ代等)		E. やりたいことができない
	B. サービス利用料		F. その他 ( )
	C. 医療費		
	D. その他 ( )		

●上記の介護者以外に介護なさる方（副介護者）はどなたですか？

氏名\_\_\_\_\_ 続柄\_\_\_\_\_ 健康状態\_\_\_\_\_

●副介護者の方は、介護に対して不安に思う事がありますか？

1. ない 2. ある（下記の具体的内容に○、あるいは「その他」欄に記入してください。）

身体的不安	A. 体力的につらい	精神的不安	A. 先の見通しが見つからない
	B. 体調不安		B. 他の協力者が得られない
	C. 睡眠不足		C. 自分の時間が持てない
	D. その他 ( )		D. 理解者がいない
経済的不安	A. 介護の材料費 (オムツ代等)		E. やりたいことができない
	B. サービス利用料		F. その他 ( )
	C. 医療費		
	D. その他 ( )		

ご協力ありがとうございました。アンケートの内容についてご不明な点がございましたら、事務室支援相談員までお気軽にお問い合わせください。

なお、ご利用開始後、アンケートの記入内容に変更がございましたら、その旨お知らせくださるようお願いいたします。（特に緊急連絡先の変更は、早急にお届けください。）

介護老人保健施設リハビリス井の森 TEL (052) 899-5588

介護老人保健施設リハビリス日進 TEL (0561) 73-5000