

# 高 齢 者 等 調 査 票 1

調査日 平成 年 月 日 調査員氏名

氏 名		基 本 番 号		被 保 険 者 番 号	
-----	--	---------	--	-------------	--

## 独居原因

1. 配偶者死亡 時 期 : 年 月	2. 子供が結婚・転勤	3. 離婚・別居	4. 未婚	5. その他 ( )
-----------------------	-------------	----------	-------	------------

## 住居状況

1. 持ち家	2. 借家	3. 公営住宅	4. アパート・間借り	5. その他 ( )
--------	-------	---------	-------------	------------

## 生計状況

1. 年金 (国民・厚生・共済・その他)	2. 給与	3. 仕送り	4. 生活保護	5. その他
----------------------	-------	--------	---------	--------

## 医療保険

1. 国民健康保険	2. 後期高齢者医療	3. 社会保険	4. 共済	5. その他
-----------	------------	---------	-------	--------

## 身体障害者手帳

1. なし	2. あり ( 種 級) 障がい名:
-------	--------------------

## 精神障害者保健福祉手帳又は療育手帳 課税状況

1. なし	2. あり ( 級)	1. 所得税 (課税・非課税) 世帯	2. 市民税 (課税・非課税) 世帯
-------	------------	--------------------	--------------------

## 主な病歴及び通院状況

通院している   
  往診を受けている   
  通院していない   
  入院中

病 名	発 生 年 月 日	医 療 機 関	診 療 科 ・ 主 治 医	状 況
	年 月 日			

申請日記載欄の追加

## 要介護認定の状況

申請中 ( 年 月 日)	・ 自立 (非該当)	・ 要支援 ( )	・ 要介護 ( )
認 定 期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
利用中のサービス内容及び事業所			

## 身体状況

身 長	c m	体 重	k g	体 型	小 柄 ・ 普 通 ・ 大 柄
内 容	軽 度	中 度	重 度	状 況	
視 力	普 通	見 え に く い	見 え な い		
聴 力	普 通	聞 え に く い	聞 え な い		
言 葉	普 通	少 し 不 自 由	不 自 由		
歩 行	自 立	一 部 介 助	全 介 助		
摂 食	自 立	一 部 介 助	全 介 助		
排 泄	自 立	一 部 介 助	全 介 助		
入 浴	自 立	一 部 介 助	全 介 助		
着 脱 衣	自 立	一 部 介 助	全 介 助		
整 容	自 立	一 部 介 助	全 介 助		
調 理	で き る	不 完 全	で き な い		
掃 除	で き る	不 完 全	で き な い		
洗 濯	で き る	不 完 全	で き な い		
買 物	で き る	不 完 全	で き な い		
金 銭 管 理	で き る	不 完 全	で き な い		
服 薬 管 理	で き る	不 完 全	で き な い		
褥 瘡 ・ 皮 膚	な し ・ あり ( )			麻 痺	な し ・ あり ( )

## 社会活動への参加

高齢者クラブへの参加	1. クラブ	2. クラブ
趣 味	な し ・ あり ( )	付 き 合 い (近 所 ・ 友 人)
民生委員氏名	加 入 町 内 会	町 内 会

要援護高齢者サービス事業等利用申請 確認項目

2. 生活管理指導短期宿泊

宿泊希望期間	月 日 ( ) 午前・午後 ~ 月 日 ( ) 午前・午後
利用希望施設	
利用希望の理由	

3. 高齢者日常生活用具給付

1. 電磁調理器	2. 火災警報機
----------	----------

4. 高齢者補装具交付

1. 安全杖	2. 補聴器
--------	--------

8. 訪問理美容サービス

利用開始希望日	月 日 ( )
利用希望の店	
備 考	

10. 施設入浴サービス

利用希望施設	
利用開始希望日	月 日 ( )

11. 介護用具貸与

1. 車椅子	2. 介護用ベッド	3. エアーマット
利用開始希望日	月 日 ( )	
利用終了予定日	月 日 ( )	※利用期間があらかじめ決まっている場合
利用場所	自宅・その他 ( )	
運搬方法	事業者運搬 ・ 自己運搬	
運搬希望日	月 日 ( )	午前・午後 時 ころ

●振込先 ※ 14. 家族介護慰労金支給等、振込先を必要とするサービスの場合のみ記入願います。

金融機関名		種目	口座番号			
銀行	本店	1. 普通 2. 当座				
信用金庫	支店					
信用組合	出張所					
フリガナ						
口座名義人						