

# 利用希望者生活状況調査票

ご家族記入

介護老人保健施設 池袋えびすの郷

ご家族(代理人)の方がご記入ください。

職員と利用者様とのコミュニケーションやリハビリ時の目標設定・声掛け等に活用させていただきます。

記入日 年 月 日

利用者氏名:

記入者:

(続柄: )

## A:これまでの状況やお人柄について

現在の状況	(〇〇にて独居 / 〇〇にて次男夫婦・孫と暮らす / △月から□□で入院 / ◇年頃から認知機能低下 など)		
持病 けが歴 アレルギー等			
出身地		職歴	(具体的な職業名・仕事内容など)
性格			
趣味 特技			
生活歴	(※ 〇歳まで就労 / 〇歳で結婚 / 〇年施設入所 など)		
喫煙 習慣	(※ある方は 頻度・量を記入)	飲酒 習慣	(※ある方は 頻度・量を記入)
社会活動	(※自治体の委員や町会の役員、各種団体の役員の経験 など)		
転倒歴	(※〇歳のとき、転倒し△△骨折 などご記入ください / □□するとき転倒しやすい、などでもかまいません)		
ヘルパーの 利用	<input type="checkbox"/> 利用あり <input type="checkbox"/> 利用なし	利用 内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 清掃 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 通所・通院 <input type="checkbox"/> その他 ( )

## B:入所にあたってのご希望 (退所するまでに〇〇ができるようになりたい、入所中は〇〇をして過ごしたい など)

ご本人の希望	ご家族の希望
--------	--------

C:ご家族の状況

同居家族	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 息子・娘と同居 <input type="checkbox"/> 他( )	
介護参加できる家族	<input type="checkbox"/> 息子・娘 <input type="checkbox"/> 息子・娘の配偶者 <input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> 他( )	
家族構成	<p>※亡くなった方の名前に二重線を書いてください ※同居家族を線で囲ってください</p>	<p>記入例</p>
家庭内での役割		

D:居住環境と諸設備の状況

居室状況	住居形態	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅	居住階	生活の場は( )階建ての( )階
	専用居室	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	居室の陽当たり	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い
	寝室	<input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 電動ベッド		
	暖房	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	冷房	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
トイレ	種類	<input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> その他( )		
	手すり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	トイレまでの段差	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
浴室	自宅で	<input type="checkbox"/> 入る <input type="checkbox"/> 入らない <input type="checkbox"/> その他( )		
	手すり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	浴室までの段差	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
諸設備	洗濯機	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	湯沸かしポット	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	冷蔵庫	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
居住環境での特記事項		(例:自宅前は幹線道路が通り交通量が多い、2階以上居住でエレベータが無い など)		

E:退所後の方針 — 当施設は、高齢者の自立・在宅復帰を支援しております。退所後の生活について、現段階でのご意向をご記入ください。

退所後の行先	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> ご家族の家(自宅以外) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者住宅			
	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 別の介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 他( )			
ご自宅での生活に戻るために必要なこと (自宅・ご家族の家に戻れる見込みがない場合、その理由)		(ご本人の状態が〇〇になれば…、自宅に手すりが増えれば…、介護に参加できる人手が増えれば… など)		