

記入例

問診票は患者さまにご記入いただきます。

生活状況問診票（記入日： **2019** 年 **4** 月 **1** 日）

氏名 **佐倉 太郎** 様

代筆者 **佐倉 花子** 様（続柄： **娘** ）

※記入していただいた内容について、地域包括支援センター、担当のケアマネジャー等と情報共有する場合があります。同意いただける場合には、ご記入ください。

◆介護サービスについてお聞きます。

介護認定を受けていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> はい ⇒ 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
担当ケアマネジャーは、いますか	<input type="checkbox"/> いない	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> わからない
※ケアマネジャーが「いる」場合、事業所と担当者のお名前をご記入ください。 （事業所名： 佐倉介護プランサービス 氏名： 臼井 志津子 さん）		
デイサービスや訪問介護などのサービスは利用していますか	<input type="checkbox"/> 利用していない	<input checked="" type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> わからない

◆現在の生活・健康状態についてお聞きます。

世帯構成は	<input checked="" type="checkbox"/> ひとり暮らし	<input type="checkbox"/> 家族等と同居	<input type="checkbox"/> その他
ご家族は、困ったときに日常生活の手助けをしてくれますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
※ご家族が「いる」場合、その方の健康状態は	<input checked="" type="checkbox"/> よい	<input type="checkbox"/> あまりよくない	
薬の服用での困りごとは	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 飲み忘れ	<input checked="" type="checkbox"/> 飲みにくい <input type="checkbox"/> その他
食事は、きちんと食べられていますか	<input type="checkbox"/> 何でもよく噛んで食べている	<input type="checkbox"/> 噛みづらい	<input checked="" type="checkbox"/> 飲み込みづらい
	<input type="checkbox"/> 食事を抜くことが多い（朝食・昼食・夕食）		
歩行（移動）での困りごとは	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> つまづきやすい	<input checked="" type="checkbox"/> 転びやすい	
	<input checked="" type="checkbox"/> 痛みがある（ひざ・ 腰 ・その他）		
外出の頻度はどのくらいですか	<input type="checkbox"/> 週に1回以上	<input checked="" type="checkbox"/> 月に1～2回	<input type="checkbox"/> 年に数回
	<input type="checkbox"/> ほとんど外出しない		
耳の聞こえは、いかがですか	<input type="checkbox"/> よく聞こえる	<input checked="" type="checkbox"/> 聞こえにくい	
物忘れは気になりますか	<input type="checkbox"/> 気にならない	<input checked="" type="checkbox"/> 少し気になる	<input type="checkbox"/> とても気になる
からだの元気度はいかがですか	<input type="checkbox"/> まだまだ元気	<input type="checkbox"/> まあ元気	<input type="checkbox"/> 疲れやすい <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要

◆現在、お困りのことやスタッフに伝えておきたいことがありましたら、ご記入ください。

ときどき家族が声をかけていますが、血圧の薬を飲み忘れることがあります。錠剤の薬は飲みにくいと言っています。少し物忘れが気になってきました。

※スタッフ記入欄 医療機関が、問診票や診察の結果から介護等との連携が必要かどうか判断します

連携： 無 有 … 連携先（包括 ケアマネジャー その他）

… 方法（電話 共通連絡票 その他）