**生活状況問診票**（記入日：　　　　　　年　　　月　　　日）

※スタッフ記入欄

連携：□無・□有　…連携先（□包括　□ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ　　□その他　　　　　　　　　　　　　　　）

…方　法（□電話　□共通連絡票　□その他　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |
| --- |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　※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、担当のｹｱﾏﾈｼﾞ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。代筆者　　　　　　　　　　　　　　　様（続柄：　　　　　） |
| **◆介護サービスについてお聞きします。** |
| 介護認定を受けていますか | □いいえ　　 | □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 | □いない | □いる　　　　　□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：　　　　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　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 | □利用していない | □利用中　　　□わからない |
| **◆現在の生活・健康状態についてお聞きします。** |
| 世帯構成は | □ひとり暮らし  | □家族等と同居　　□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 | □はい | □いいえ |
| ※ご家族が「いる」場合、その方の健康状態は　　□よい　　□あまりよくない |
| 薬の服用での困りごとは | □なし | □飲み忘れ 　□飲みにくい　□その他 |
| 食事は、きちんと食べられていますか | □何でもよく噛んで食べている□噛みづらい　　　　　 □飲み込みづらい□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 | □なし　　□つまづきやすい　　□転びやすい□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 | □週に１回以上　□月に１～２回　□年に数回□ほとんど外出しない |
| 耳の聞こえは、いかがですか | □よく聞こえる　　□聞こえにくい |
| 物忘れは気になりますか | □気にならない　　□少し気になる　□とても気になる |
| からだの元気度はいかがですか | □まだまだ元気　　□まあ元気　　□疲れやすい　□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。** |
|  |