様式第1号(第5条第1項関係)

サービス基本台帳(Ⅰ)　　　　　　　　　行政区：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 相談形態； | ○訪問　○来所 | 調査年月日： |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 調査機関 |  | | | | | | 基本調査 | | | | | | ○新規　○変更 | | | | | | | 調査員氏名 | | | | | |  | | |
| ふりがな  氏名 |  | | | | | | 性別 | | ○男  ○女 | | | | 生年月日 | | | | | | | (　　歳) | | | | | | | | |
|  | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話： | | | | | | | | |
| 介護認定 |  | | | | ケース分類 | | | | | | ○A　(年6回)　○B　(年2回)　○C　(年1回) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住宅状況 | ○一戸建て　○公営住宅　○アパート等　○その他 | | | | | | | | | | | | | | 居室：　○有　○無 | | | | | | | エレベーター：　○有　○無 | | | | | | |
| 家族構成 | ○単身　○夫婦のみ　○その他(同居家族数：　　人)特記： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疾病の状況 | 現病特記 | | □高血圧　　　□糖尿病　　□膝関節症  □心疾患　　　□骨粗鬆症　□その他  □呼吸器疾患　□腰痛症  (　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | 既往 |  | | | | | | | | | |
| 病院 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体状況 | ・視力　(○普通　○弱視　○ほとんど見えない)  ・聴力　(○普通　○やや難聴　○難聴　　　　)  ・言語　(○普通　○単語のみ　○失語　　　　) | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 特記 | |  | | | | | | | | | | |  |
| ・麻痺　(○無　○有)／麻痺状況(□右上肢　□右下肢　□左上肢　□左下肢　□その他) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 意思疎通 | ○普通　○やや困難　○ほとんど困難 | | | | | | | | | | | 痴呆度 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 日常生活動作 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・歩行　(○自立　○何かにつかまれば可　○できない)  ・食事　(○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)  ・排泄　(○自立　○一部介助　○全介助) | | | | | | | | | | | | | | | | | | (歩行手段) | | | | □杖　　　□歩行器  □車イス　□その他 | | | |  | |
| (排泄手段) | | | | □簡易便器  □おむつ  □トイレまで介助 | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家事の状況 | ・掃除　(○自立　○一部介助　○全介助)　　・買い物　　(○自立　○一部介助　○全介助)  ・洗濯　(○自立　○一部介助　○全介助)　　・金銭管理　(○自立　○一部介助　○全介助)  ・調理　(○自立　○一部介助　○全介助) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 社会参加状況 | ・地域活動(○無　○有)　・老人クラブ(○無　○有)　・趣味活動(○無　○有)　・その他(　　　 ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在のサービス利用状況  (介護保険)  〔　　　〕 | ・訪問介護(月　　回)　・通所介護(月　　回)　・訪問入浴(月　　回)　・福祉用具(月　　回)  ・訪問看護(月　　回)　・通所リハ(月　　回)　・訪問リハ(月　　回)　・住宅改修(月　　回) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・短期入所生活介護　(利用：○無　○有／　　回)  ・短期入所療養介護　(利用：○無　○有／　　回) | | | | | | | | | | | | | | | ・施設の利用 | | | | | | | | | | | | |
| □　特養　□　老健　□　療養型　□　その他 | | | | | | | | | | | |  |
| ・居宅介護支援事業所契約　(○無　○有　―　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在のサービス利用状況  (福祉)  市町村事業  〔　　　〕 | ・配食サービス(昼食)　(週　　回) | | | | | ・福祉電話　　　　 (○無　○有) | | | | | | | | | | | | | | | ・緊急情報システム　(○無　○有) | | | | | | | |
| ・配食サービス(夕食)　(週　　回) | | | | | ・機能訓練事業　　　　(月　　回) | | | | | | | | | | | | | | | ・ガイドヘルパー　　　(月　　回) | | | | | | | |
| ・デイサービス　　　　(週　　回) | | | | | ・ホームヘルプサービス(月　　回) | | | | | | | | | | | | | | | ・ショートステイ　　　(月　　回) | | | | | | | |
| ・地域ミニデイ事業　　(月　　回) | | | | | ・移送サービス　　　　(月　　回) | | | | | | | | | | | | | | | ・理美容サービス　　　(月　　回) | | | | | | | |
| ・友愛訪問　　　　　　(月　　回) | | | | | ・福祉用具貸与　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・福祉その他　(　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | ・福祉その他2　(　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護者の状況 | ・主な介護者　(○無　○有)　・氏名　(　　　　　　　　　　)　・続柄　(　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・介護内容　(□家事　□身体　□外出　□通院　□その他)　・時間帯　(○日中　○夜間　○終日) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・頻度　(○毎日／○週　　回程度／○月　　回程度)　・介護負担度　(○重度　○中度　○軽度) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・健康状態　(○良好　○虚弱　⇒詳細＜　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 |  | | 続柄 |  | | | 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | | 電話 |  | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 福祉手帳 | ○無　○有⇒(□身障　□精神　□知的)　　級／内容(　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特記事項及び面接者所見 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |