

地域ケア調整会議調査票(記入例)

申請	提出日		調査者	〇〇 〇〇
会議	調査日		役 場	
	実施日		社 協	

対象者	ふりがな	〇〇 〇〇	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
	氏 名	〇〇 〇〇	生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所	菊陽町 久保田〇〇〇番地 (行政区)	電 話 番 号	自宅 〇〇〇-〇〇〇〇 携帯 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	世 帯	<input checked="" type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> 身障者のみ <input type="checkbox"/> その他()		
	介護等	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(要介護1) (居宅名 〇〇〇〇)		

利用者サービス	サービス(町事業)	<input type="checkbox"/> 緊急通報 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> 寝具乾燥 <input type="checkbox"/> 短期宿泊							
	現 状	曜 日	月	火	水	木	金	土	日
		午 前		ヘルパー	サロン				
		午 後							
	希 望	曜 日	月	火	水	木	金	食 種	減塩食
		昼 食						ごはん	ふつう
夕 食		○				○	おかず	ふつう	

身体状況	歩 行	<input type="checkbox"/> 支障無	<input checked="" type="checkbox"/> 支障有 屋外杖歩行。最近玄関先で転倒。
	排 泄	<input checked="" type="checkbox"/> 支障無	<input type="checkbox"/> 支障有
	食事・栄養	<input type="checkbox"/> 支障無	<input checked="" type="checkbox"/> 支障有 インスタント食品に偏り、栄養バランスが偏っている。
	入 浴	<input type="checkbox"/> 支障無	<input checked="" type="checkbox"/> 支障有 頻度等不明。昼過ぎでもパジャマで過ごされていることもあり。
	物 忘 れ	<input type="checkbox"/> 支障無	<input checked="" type="checkbox"/> 支障有 最近短期記憶障害がみられる。
	備 考	高血圧症であるが、インスタント食品の摂取が続いている。	

日常生活動作	調 理	<input type="checkbox"/> 支障無	<input checked="" type="checkbox"/> 支障有 ガスの消し忘れや鍋焦がしあり。
	掃除・洗濯	<input type="checkbox"/> 支障無	<input checked="" type="checkbox"/> 支障有 ヘルパーにて週1回掃除支援。洗濯は可能。
	外出・買物	<input type="checkbox"/> 支障無	<input checked="" type="checkbox"/> 支障有 月2回程度長女の買物支援
	金 銭 管 理	<input type="checkbox"/> 支障無	<input checked="" type="checkbox"/> 支障有 長女管理。必要時に長女が届ける。
	服 薬	<input type="checkbox"/> 支障無	<input checked="" type="checkbox"/> 支障有 内服カレンダー使用、内服言葉かけが必要。
	通 院	<input type="checkbox"/> 支障無	<input checked="" type="checkbox"/> 支障有 月1回長女通院支援
	他 者 交 流	<input type="checkbox"/> 支障無	<input checked="" type="checkbox"/> 支障有 最近腰痛が酷く、サロンや近所の活動に参加出来なくなっている。
備 考	長女支援協力的であるが、義理両親の介護もあり、疲弊している。		

疾患	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 関節疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患(発作 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
	<input type="checkbox"/> 高齢による衰弱 <input checked="" type="checkbox"/> 筋力の低下・転倒・骨折 <input checked="" type="checkbox"/> その他(高血圧症、骨粗鬆症)

調査者所見	一人暮らし。夫が数か月前に死去したことで、最近意欲低下が見られ、閉じこもりがちになってきている。短期記憶障害も見られ、ガスの消し忘れ等も見られた。高血圧もあるため栄養バランスの摂れた食事と安否確認のため配食サービス利用が必要。
-------	---