(様式第1-1号）

認知症介護家族やすらぎ支援事業　訪問調査票

調査年月日：　　　　年　　月　　日

「太枠内のみご記入ください」　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 調査者：（　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 見守り対象者（要介護者等）　氏名 | 要介護度 | 居宅介護支援事業者名（担当者） |
|  |  | 電話： |

１、**利用者の状況 （該当項目に  ）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ① 病名等 | | | | | | | | |
| 高血圧/心臓病/脳血管障がい/糖尿病/肝臓病/腎臓病/呼吸器の病気/結核/神経症/リウマチ | | | | | | | | |
| 関節炎/ その他（ | | | | | | | | ） |
| かかりつけ医療機関（ |  | ） 主治医 （ |  | |  | ）　TEL( | | ） |
| 通院/往診 （月/週）(　　　　）回 | | | | | | | | |
| 手帳の有無 | | | | | | | |  |
| 身体障害者手帳：無/有 (視 /聴 /音 /言 /肢 / | | | |  | 級） 障がい名（ | |  | ） |
| 療 　育 手 帳：無/有（Ａ１ / Ａ２ / Ａ３ / Ｂ１ / Ｂ２ ） | | | | | | | | |
| 精神障害者保健福祉手帳：無/有 （ ）級 | | | | | | | | |
| ② 身体状況 （視力） 全盲 　/　 弱視 / 日常生活に支障がない  （聴力） 難聴 　/ やや難聴 / 日常生活に支障がない  （会話） 不自由 / 少し不自由 / 日常生活に支障がない | | | | | | | | |
| ③ おむつ使用 無/有（昼夜 / 夜のみ） | | | | | | | | |
| ④日常生活状況 （少し不自由な行為に  ）　　　歩行　　排泄　　食事　　入浴　　着脱衣　　座位 | | | | | | | | |
| ⑤問題行動  攻撃的行為 自傷行為 火の扱い 徘徊 不穏興奮 不潔行為  失禁 　　　 　 意思の疎通 　 危険行為 見当識障がい 妄想、幻覚 記憶障がい | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **日常生活状況及び問題行動等の詳細** | **やすらぎ支援員による対応** |
| ⑥ 家族以外の者への意思の伝達  伝達できる 　/　 時々できる　/ ほとんどできない　/ できない | 即対応可能  なじみの関係成立後対応可能  対応不可能 |
| ⑦ 家族以外の危険行為（攻撃的行為・自傷行為・火の扱い等）の制止  できる 　　　　/　 時々できる　/ ほとんどできない　/ できない | 即対応可能  なじみの関係成立後対応可能  対応不可能 |
| ⑧ 家族以外の指示や介護への抵抗  ない　　 　/　 時々ある　　　/ ある | 即対応可能  なじみの関係成立後対応可能  対応不可能 |
| ⑨ 徘徊の有無及び頻度  ・　無　　 　/　 有　　頻度（　　　　　　　）  ・ 家族以外の制止　　　できる　　 　/　 できない | 即対応可能  なじみの関係成立後対応可能  対応不可能 |
| ⑩ 特記事項 | 総合的判定  即対応可能  なじみの関係成立後対応可能  対応不可能 |
| 総合判定で「□なじみの関係成立後対応可能」にチェックのついた者について | なじみの関係成立し対応可能  なじみの関係不成立で対応不可能 |

**２、やすらぎ支援員派遣に係る連絡事項**

|  |  |
| --- | --- |
| ①派遣希望日時(例：週1回2時間，毎週月曜日午前9～11時等) | ②サービス希望内容(例：見守り対象者の話し相手等) |
|  |  |
| ③見守り対象者の趣味や嗜好 | ④その他 |
|  |  |

**３、世帯の状況**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名（ふりがな） | 続柄 | 年齢 | 携帯電話 | 備考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**４、緊急連絡先等（別居の親族等について記載）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名（ふりがな） | 続柄 | 年齢 | 携帯電話 | 備考 |
|  |  |  |  |  |