

《 アンケート用紙 》

わかる範囲で結構ですので、□にチェック及び空欄にご記入ください。(複数回答可)

1. ご利用者について

○氏名 _____ ○身長 _____ cm ○体重 _____ kg

2. 相談者について

○氏名 _____ (続柄 : _____) (年齢 : _____ 歳)

○住所 _____ ○電話番号 _____

3. 入所後の緊急連絡先について

※入所に際しお問い合わせをさせて頂くこともございますので、必ずご記入下さい。

① 氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____

② 氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____

4. 同居されていないご親族について (上記3以外の方)

※お子様、もしくはお近くでお世話していただいているご親戚の方等をご記入下さい。

① 氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____

② 氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____

5. 既往歴について ※今までにかかった病気やけがについてご記入下さい。

その病気、けがで手術をされた場合は、□にチェックをして下さい。

① 病名 _____ 発症時期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 □ 手術をした

② 病名 _____ 発症時期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 □ 手術をした

③ 病名 _____ 発症時期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 □ 手術をした

6. 現在服用されている薬名をご記入下さい。

※薬局でもらえるお薬情報のコピーを添付していただいても結構です

[]

7. 現在の状況について ※現在のご本人様の状況で、該当する口にチェックをして下さい。

- 入院中 病院名 _____
入院された日 年 月 日 退院予定日 年 月 日
- 施設入所中 施設名 _____
入所された日 年 月 日 退所予定日 年 月 日
- 自宅療養中

8. 在宅サービスの利用状況について

※ご利用になられたことがあるサービスにチェックをして下さい。

- ショートステイ デイケア デイサービス 訪問介護 訪問看護
- 訪問入浴 福祉用具レンタル・購入 訪問リハビリ 住宅改修

9. 現在のお体の状況について ※該当すると思われる数字を○で囲んで下さい。

<移動方法について>

- 1 一人で歩くことができる。
- 2 手すり等があれば、一人で歩くことができる。
- 3 杖を使って一人で歩くことができる。
- 4 手を引いてもらったり、そばに付き添ってもらって歩くことができる。
- 5 歩行器を使って一人で歩くことができる。
- 6 車椅子に乗って、自分でこいで移動できる。
- 7 車椅子に乗って、介助される方が押して移動している。
- 8 目が不自由なため、配慮が必要である。

<日中の様子について>

- 1 ほとんどベッド（布団）で過ごし、食事の時も横になっている。
- 2 ほとんどベッド（布団）で過ごし、食事の時だけ座っている。
- 3 寝ていることが多い。
- 4 椅子等で、2～3時間座って過ごしている。
- 5 椅子等で、5～6時間座って過ごしている。
- 6 一人で過ごすことは、不安である

<夜間の様子について>

- 1 朝まで、ぐっすり眠っている。
- 2 眠りは浅いが、朝まで眠っている。
- 3 排泄のため、何度か目が覚める。
- 4 寝つきが悪い。
- 5 眠れず、起きていることがある。

<可能な動作について>

- 1 自力で寝返りができない。
- 2 自力で寝返りができる。
- 3 寝た状態からベッドの柵等をもって起き上がりができる。
- 4 ベッドに腰をかけて足を床に下ろし座ることができる。(ベッド上端座位ができる)
- 5 ベッドから自力で立ち上がることができる。
- 6 ベッドから自力で立ち上がることができるが、不安定である。
- 7 介助があればベッドから立ち上がることができる。
- 8 背もたれがない状態で座ることができる。
- 9 背もたれがあれば、座ることができる。
- 10 リクライニングの車椅子でなければ座ることはできない。

<食事について>

- 1 普通食 2 一口サイズ食 3 刻み食 4 ミキサー食
- 5 口から食事はとれず、鼻から管を入れ(経管栄養)栄養補給をしている。
- 6 口から食事はとれず、胃に直接、管を入れ(胃ろう)栄養補給をしている。

<食べる動作について>

- 1 一人で食べる。
- 2 自分で食べるが、よくむせる。
- 3 自分で食べるが、時間がかかる。(30分以上)
- 4 一部食べさせてもらう。
- 5 すべて食べさせてもらう。
- 6 食べさせてもらうことが殆どで、むせることがある。

<朝食について>

- 1 パン食
- 2 米飯
- 3 特にこだわりはない。

<排泄について>

- 1 自分でトイレへ行って排泄する。
- 2 自分でトイレへ行くが、オムツ・パッドを使用している。
- 3 何らかの介助は必要であるが、トイレへ行って排泄する。
- 4 尿意はあるが、オムツ等にて排泄する。
- 5 尿意はなく、オムツ等にて排泄する。

<着替えについて>

- 1 自分で着替えることができる。
- 2 声かけすると、自分で着替えることができる。
- 3 一部手伝うと、自分で着替えることができる。
- 4 全面的に手伝いが必要である。

<清潔について>

- 1 自分で歯磨きができる。
- 2 少し手助けがあれば、歯磨きができる。
- 3 自分で洗顔ができる。
- 4 少し手助けがあれば、洗顔ができる。
- 5 うがいができる。
- 6 少し手助けがあれば、うがいができる。
- 7 顔を自分で拭くことができる。
- 8 少し手助けがあれば、顔を拭くことができる。

10. ご家族様の困っている事や、施設生活をしていただく上で配慮すべき事がございましたらご記入下さい。

多くの質問にお答え頂きありがとうございました。アンケートの内容でご不明な点については空欄で結構です。尚、頂戴しました個人情報については当施設を御利用頂くためのみ使用されるものであり、それ以外の目的に使用されることはございません。

西宮わたなべ グループホームてまりの家