

実態把握調査票

面接日 年 月 日

調査実施者	事業所名	
	氏名	
	電話番号	

フリガナ		性別	生年月日	年 月 日( 歳)	
氏名		男・女	住所	戸田市	
電話			生活保護受給	無 ・ 有 (担当: )	
介護保険の申請	申請中 ・ 未申請 ・ 認定済		要介護( )	要支援( )	
認知症	無 ・ 有	買い物	自分で行く( /週) ・ 行けない	調理	自分で行く( /週) ・ 他者が行う ・ しない
室内移動	自立 ・ 要介助(移動手段: )		外出	頻度( /週)(行き先: ) ・ なし	
排泄	自立 ・ 尿失禁有 ・ おむつ等使用		通院	自分で行く( /週) ・ 要介助 ・ なし	
洗濯	自分で行う ・ 他者が行う ・ 行わない				
申請するサービス			種類	メーカー	サイズ等
□ 紙おむつ等支給(現物支給)			紙おむつ		
			紙パンツ		
尿取りパッド					
□ 食事サービス	希望の曜日(月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土)				
□ 訪問理美容サービス					
□ 移送サービス					
□ 寝具類乾燥等					
□ 日常生活用具給付	希望の用具( )				
□ 徘徊高齢者等探索システム利用助成					
【申請理由 サービス申請に係る本人の状況について詳細に記入してください。】					