

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
<input type="checkbox"/>	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					
<input type="checkbox"/>	食事サービス	希望の曜日(月・火・水・木・金・土)			
<input type="checkbox"/>	訪問理美容サービス				
<input type="checkbox"/>	移送サービス				
<input type="checkbox"/>	寝具類乾燥等				
<input type="checkbox"/>	日常生活用具給付	希望の用具( )			
<input type="checkbox"/>	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。】					