



# 基本調査票

2 / 2

## ○生活歴等

出身地	
きょうだい	
最終学歴	
職業歴	
婚姻歴	
子ども	
性格	
趣味	
社会との関わり	
日中の過ごし方	

## ○身体状況

歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 押し車 <input type="checkbox"/> その他(            ) <input type="checkbox"/> 車イス
視力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> やや <input type="checkbox"/> 難   (※眼鏡 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
聴力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> やや <input type="checkbox"/> 難   (※補聴器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
義歯	<input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 上下 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 ) <input type="checkbox"/> 無   (※自歯 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)

## ○認知症状等

1.暴言や暴力的な行動	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
2.介護に対し拒否	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
3.1人で外出して戻れない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
4.一人で外に出たがるため目が離せない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
5.火の不始末	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
6.排泄物を触る等の不潔行為	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
7.夜間不眠や昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
8.物盗られなどの妄想	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
9.実際にはないものを見聞きする	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
10.感情が不安定になる	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
11.「家に帰る」等落ち着かない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
12.色々な物を集めたり無断でもってくる	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
13.生活に支障がある物忘れ	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない

# 基本調査票

**記入例** 2

## 1. 家族状況

○同居家族 有 無

氏名	続柄	年齢	就労状況	病気・障害等	介護状況
小野 虹太郎	長男	59	有 無		
小野 晴子	長男妻	56	有 無		○
小野 太郎	孫	25	有 無		
小野 小晴	孫	21	有 無		

○別居している子ども 有 無

氏名	続柄	年齢	就労状況	介護の協力
小野 花子	長女	62	有 無	常時可能 緊急時可能 ・ 不可
小野 虹郎	次男	57	有 無	常時可能 ・ 緊急時可能 不可
			有 ・ 無	常時可能 ・ 緊急時可能 ・ 不可

○その他支援者 有 無

氏名	続柄	年齢	就労状況	介護の協力
小野 二郎	親戚	66	有 無	常時可能 緊急時可能 ・ 不可
大野 雪子	知人	68	有 無	常時可能 緊急時可能 ・ 不可

## 2. 入所希望者の状況等

○医療の状況

現病(治療中の病気)

病名	医療機関名	期間
高血圧症	〇〇クリニック	平成19年 11月 日～
糖尿病	〇〇クリニック	平成23年 5月 日～
アルツハイマー型認知症	△△病院	令和 5年 2月 日～
左大腿骨骨折	□□病院	令和 7年 3月 15日～

既往歴

病名	医療機関名	期間
右大腿骨骨折	□□病院	平成30年 1月 ～ 平成30年 2月
		年 月 ～ 年 月
		年 月 ～ 年 月
		年 月 ～ 年 月

特別な医療

経管栄養(□胃ろう □経鼻) 喀痰吸引 気管切開 在宅酸素療法  
インシュリン注射 カテーテル ストマ(人工肛門) 透析 その他( )

# 基本調査票

2 / 2

## ○生活歴等

出身地	耶麻郡猪苗代町
きょうだい	5人きょうだいの2番目（長女）
最終学歴	XX学校卒業
職業歴	婚姻前は家業（農家）の手伝い、婚姻後も農業
婚姻歴	昭和37年に婚姻
子ども	3人（長女、長男、次男）
性格	明るく話好き、頑固な一面もある
趣味	手芸、家庭菜園
社会との関わり	テイサービス利用
日中の過ごし方	自宅ではテレビを観ていることが多かった。

## ○身体状況

歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 押し車 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 車イス
視力	<input checked="" type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> やや <input type="checkbox"/> 難（※眼鏡 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無）
聴力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> やや <input checked="" type="checkbox"/> 難（※補聴器 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）
義歯	<input checked="" type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 上下 <input checked="" type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下） <input type="checkbox"/> 無（※自歯 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）

## ○認知症状等

1.暴言や暴力的な行動	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input checked="" type="checkbox"/> ない
2.介護に対し拒否	<input type="checkbox"/> ある	<input checked="" type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
3.1人で外出して戻れない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input checked="" type="checkbox"/> ない
4.一人で外に出たがるため目が離せない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input checked="" type="checkbox"/> ない
5.火の不始末	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input checked="" type="checkbox"/> ない
6.排泄物を触る等の不潔行為	<input type="checkbox"/> ある	<input checked="" type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
7.夜間不眠や昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input checked="" type="checkbox"/> ない
8.物盗られなどの妄想	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input checked="" type="checkbox"/> ない
9.実際にはないものを見聞きする	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input checked="" type="checkbox"/> ない
10.感情が不安定になる	<input type="checkbox"/> ある	<input checked="" type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
11.「家に帰る」等落ち着かない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input checked="" type="checkbox"/> ない
12.色々な物を集めたり無断でもってくる	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input checked="" type="checkbox"/> ない
13.生活に支障がある物忘れ	<input type="checkbox"/> ある	<input checked="" type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない