聞き取り項目（一般職員用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施日時 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | （ |  | ） |  | 時 |  | 分 |
| 施設名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 確認者 |  | | | | | | | | | | | | |

# 基本事項

※分かる範囲で確認いただきたい事項（聞き取り項目）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | フリガナ | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 自治会 | | |  | | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | 年 | |  | 月 |  | | | 日 |  | 歳 |
| 一緒に来られた人（連れてこられた人） |  | | | | | | | 続柄 |  | | | |
| 今後の連絡先 | 誰に |  | | | | | | | | | | |
| TEL |  | | | | | | | | | | |
| 介護保険利用等の有無 | □あり（介護度　　　　）　□なし | | | | | | | | | | | |
| 現病/既往歴 |  | | | | | | | | | | | |
| 服薬状況 |  | | | | | | | | | | | |

# 介助してほしいこと・希望されること等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 食事 | 移動 | 排泄 |
| 自立 |  |  |  |
| 一部介助 |  |  |  |
| 全部介助 |  |  |  |
| 備考（必要な器具等） |  |  |  |

# 専門職確認欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 食事 | 移動 | 排泄 | 着脱 | 意思疎通 | 保清 | その他 |
| 自立 |  |  |  |  |  |  |  |
| 一部介助 |  |  |  |  |  |  |  |
| 全介助 |  |  |  |  |  |  |  |
| 備考（必要な器具等） |  |  |  |  |  |  |  |
| 既往歴・現在治療 している病気 |  | | | | | | |
| その他 |  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 記録者 |  |