

ヒアリングシート①

受付日 平成 年 月 日

■ご入居希望者様に関して

お名前	フリガナ		年齢	歳
			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	県	市郡	町	関係
電話				
介護度	<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 申請中	平成 年 月 日 ~	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護
ケアマネ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	担当者名:		
負担割合	介護保険 : 割負担		医療保険 : 割負担	
認知症	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型	昼夜逆転・徘徊・不穏・暴力行為・不潔行為・異食	
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 脳血管性	感情失禁・妄想・願望・帰宅願望・物忘れ	
	行動			
現状	<input type="checkbox"/> 入院中 (病院名) ・病状 <input type="checkbox"/> 安定している <input type="checkbox"/> 安定していない ・退院許可 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 看護師長 <input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー) ・退院期日 (年 月 日 ・ <input type="checkbox"/> 未定)			
	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 子供同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他) ・居住形態 <input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸 (<input type="checkbox"/> 市営 <input type="checkbox"/> 公営) <input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> サ高住 <input type="checkbox"/> 小規模 <input type="checkbox"/> ショート <input type="checkbox"/> 軽費)			
ADL	食事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食(おかゆ) <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 治療食		
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 歩行不可		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用 <input type="checkbox"/> おむつ		
	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 困難		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 困難		
	視力	<input type="checkbox"/> 日常に支障なし <input type="checkbox"/> 日常に支障あり		
	聴力	<input type="checkbox"/> 日常に支障なし <input type="checkbox"/> 日常に支障あり		
医療依存	医療行為	内容		
	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要			
病歴など				

ヒアリングシート②

■ご相談者様に関して

キ-バ-ソン	通う方	フリガナ		
□	□	お名前		続柄
		住所	県 市郡 町	
		電話		連絡時間帯
家族構成				
□	□	フリガナ		
		お名前		続柄
		住所	県府都 市郡 町	
□	□	お名前		続柄
		住所	県府都 市郡 町	
		連絡先		
□	□	フリガナ		
		お名前		続柄
		住所	県府都 市郡 町	
□	□	フリガナ		
		お名前		続柄
		住所	県府都 市郡 町	
□	□	フリガナ		
		お名前		続柄
		住所	県府都 市郡 町	
□	□	フリガナ		
		お名前		続柄
		住所	県府都 市郡 町	
施設を探すことになった理由経緯				

ヒアリングシート③

■施設入居に関わる条件等

希望地域				内容	
入居時期	ホームがあればすぐ ・ 3ヶ月以内 ・ 半年以内 ・ 1年以内 ・ 1年以上先 ・ 将来				
予算	入居時費用				
	300万円未満	300～500万円未満	500～1000万円未満		
	1000～2000万円未満		2000万円以上		
	月額利用料				
	15万円未満	15～20万円未満	20～30万円未満	30万円以上	
費用の捻出		年金		円/月	年金通知書 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
以前見学に行った施設					
その他施設に関するご要望					