

【調査日 年 月 日】

対象者	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日 歳
	氏名				
	住所	江東区		電話	( )

介護予防サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問介護：週 回	<input type="checkbox"/> 介護予防通所介護(デイサービス)：週 回
	<input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリ(デイケア)	<input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 利用しない(理由)	

医療情報	医療機関		受診回数
	老人性うつ病		回/月・週
	認知症		回/月・週
	受診状況	<input type="checkbox"/> 通院自立 ( 回/月・週)	<input type="checkbox"/> 介助者有( )
		<input type="checkbox"/> 往診 ( 回/月・週)	<input type="checkbox"/> 通院していない(理由)
うつ病・認知症 以外の疾患	病名	医療機関	受診回数
			回/月・週
			回/月・週

身体 の 状 況	歩行・移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 杖利用	<input type="checkbox"/> シルバーカー利用	<input type="checkbox"/> 車椅子使用	<input type="checkbox"/> その他
	視力・聴力・意思伝達に問題有りの場合は、具体的状況を記入してください。					

閉じこもりの 状 況	外出支援が 必要な理由 (診断がない場 合はうつ、認知 症と判断した状 況を具体的に記 入)	

希望する 支 援 内 容	派遣曜日	月・火・水・木・金	時間	: ~ :
	散歩の内容	<input type="checkbox"/> 散歩	<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 買物

記入者		連絡先	
担当長寿	電話		