様式第２号（第７条関係）

医療機関送迎サービス事業調査書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 調査年月日 | 年　　月　　日 | 調査員氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用対象者 | | 住所 | | | | | 香南市 | | | | | | | | | 電話 | | |  | | |
| ふりがな  氏名 | | | | | |  | | | | | | | 男  女 | | | 年　　月　　日生 | | | |
|  | | | | | | |
| 中山間地域 | | □該当無し　　　　　□該当有り | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 家族 | | 氏名 | | | | | | | 続柄 | 年齢 | | | 居住 | 別居者の住所 | | | | | | 電話 | |
|  | | | | | | |  |  | | | 同・別 |  | | | | | |  | |
|  | | | | | | |  |  | | | 同・別 |  | | | | | |  | |
| 緊急連絡先 | |  | | | | | | |  |  | | | 同・別 |  | | | | | |  | |
| 介護能力 | | □なし　　□低い　　□ある | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人及び  介護状況 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | | | | □無　　　□有（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳 | | | | □無　　　□有（　　　種　　　級　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療育手帳 | | | | □無　□Ａ１　□Ａ２ | | | | | | | | 精神障害者保健福祉手帳 | | | | | | □無　□１級 | | | |
| かかりつけ医 | | | | 病院 | | | | | | | | | | | | | 電話 | | | | |
| 身体状況 | 四肢・体幹機能の状態等 | | | | | 麻痺 | | | | | □無  □有（麻痺箇所：　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 拘縮 | | | | | □無　　□有（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 痛み | | | | | □無　　□有（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| その他 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 視力 | | | | □見える　　□少し見えにくい　　□ほとんど見えない　　□全盲 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 聴力 | | | | □聴こえる　□少し聴こえにくい　□ほとんど聴こえない | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 言語 | | | | □普通　　□少し話しにくい　　□ほとんど話せない(全く話せない) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 移動  （歩行） | | □自立　　□見守り　　□一部介助　　□全介助 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □独歩　　□杖　　□歩行器　□車椅子　　□その他（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 移乗 | | □自立　　□一部介助　　□全介助 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外出時介助者 | | | □無　□家族　□ヘルパー　□家族又はヘルパー | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関送迎サービスを必要とする理由 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |