

調査項目	内 容	
要介護度	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
介助の状況	身長・体重	cm kg
	移動	介助の状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
		器具の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 押し車 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他()
	食事	介助の状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
		嚥下 <input type="checkbox"/> ムセあり <input type="checkbox"/> ムセなし
		食事の内容 (主食) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 二炊き <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他() (副食) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> やわらか(刻み) <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()
	排せつ	介助の状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
		尿意・便意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		排せつの方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他()
	入浴	介助の状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
入浴の方法 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 座浴 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> その他()		
更衣	介助の状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助	
体位変換	介助の状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助	
【その他介助の状況に関する特記事項】		
身体の状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 視力がない
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 聴力がない
	発語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 発語ができない
	障害手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【障害手帳等】
		手帳等の種類
障害名		
	障害の程度(級・度)	
【その他身体の状態に関する特記事項】		

調査項目	内 容
医療の状況	<input type="checkbox"/> 疾病又は処置(※)がある。 ※ <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> 特に疾病又は処置はない。 【その他疾病又は処置に関する特記事項】 <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>