

まごころ収集個人調査票

事業所名:

ケアマネージャー氏名:

対象者氏名				
対象者の状況	チェック項目			特記事項
	年齢は 65 歳以上であるか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	要介護認定 2 以上であるか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5
	介護保険のホームヘルプサービスを利用しているか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	(頻度・内容等)
	身体・知的・精神障がい者福祉制度を受けているか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	ホームヘルプサービスを利用しているか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	(頻度・内容等)
	一人暮らしであるか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	現在、ごみ出しは誰がしているか 本人・その他( )
親族・近隣者の協力が得られないか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
ケアマネージャー所見欄	(ごみが出せない理由・対象者の状況など具体的に)			
備考				