



8. ご家族について教えてください。

続柄	性別	年齢	生・死	同居の有無	
				※別居であればお住まいの市区町村	
父	—	歳	生・死	同居 / 別居(市区町村	)
母	—	歳	生・死	同居 / 別居(市区町村	)
配偶者	男・女	歳	生・死	同居 / 別居(市区町村	)
子ども	男・女	歳	生・死	同居 / 別居(市区町村	)
	男・女	歳	生・死	同居 / 別居(市区町村	)
	男・女	歳	生・死	同居 / 別居(市区町村	)
兄弟 姉妹	男・女	歳	生・死	同居 / 別居(市区町村	)
	男・女	歳	生・死	同居 / 別居(市区町村	)
	男・女	歳	生・死	同居 / 別居(市区町村	)
	男・女	歳	生・死	同居 / 別居(市区町村	)
	男・女	歳	生・死	同居 / 別居(市区町村	)

9. ご本人が最も頼りにしている方はどなたですか？ ( )

10. 差支えなければご職業を教えてください。(退職後や、休職中の場合もお書きください)。

( )

11. 信仰している宗教はありますか？

ある ( )  ない

12. 現在行われている医療処置について分かる範囲で教えてください。

胃瘻 尿道バルーンカテーテル 腎瘻 CVポート  
高カロリー輸液 酸素吸入 ストーマ 血糖測定 インスリン注射  
医療用麻薬の使用 褥瘡の処置 ペースメーカー 輸血  
その他( )

13. 当院では医学的に必要と判断した場合は輸血を行っています。

あなたは輸血を受けてもよいですか？  はい  いいえ

14. 介護保険は利用していますか？

未申請 申請中 申請済( 要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2 非該当)  
更新申請中 介護保険サービスを利用したくない

15. 利用中のサービスはありますか？

訪問看護(週\_\_回) 訪問介護(週\_\_回)  
訪問診療(週\_\_回または月\_\_回)  
デイサービス(週\_\_回) 訪問入浴(週\_\_回) ショートステイ 宅配食  
福祉用具 ( 車椅子 介護用ベッド 風呂用椅子 ポータブルトイレ  
住宅改修 ( 手すり スロープ その他( ) )

16. 身体障害者手帳をお持ちですか？

はい→障害の種類( )・( 級)  いいえ

17. その他、受けているサポートがあれば教えてください。

( )