

ご家族用アンケート

利用者氏名 _____

※ 再利用の方は変化があった
場合のみご記入下さい。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者 _____

★ 今までにかかった主な病気や怪我について教えてください。

病名(発症時期)	病院(主治医)	通院
例：脳梗塞 H18年4月頃	例：〇〇病院 脳外科 〇〇先生	例：1回/月

★ 主に介護をする方の状況をお知らせ下さい。

氏名： _____ 本人との関係(_____)

○ どのような介護をしていますか？ (☑をつけて下さい)

- | | | |
|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 買い物 | <input type="checkbox"/> 掃除・洗濯 | <input type="checkbox"/> 金銭管理 |
| <input type="checkbox"/> 食事の用意・栄養管理 | <input type="checkbox"/> 食事介助 | <input type="checkbox"/> 入浴介助 |
| <input type="checkbox"/> 着替えの介助 | <input type="checkbox"/> 起床・就寝の介助 | <input type="checkbox"/> トイレの介助 |
| <input type="checkbox"/> オムツ・パッドの交換 | <input type="checkbox"/> 服薬・手当の介助 | <input type="checkbox"/> 夜間の世話 |
| <input type="checkbox"/> 病院受診の介助 | <input type="checkbox"/> 安心の提供(安全確認、話し相手など) | |
| <input type="checkbox"/> その他(_____) |) | |

○ どのような介護サービスを利用していますか？ (☑をつけて下さい)

- 訪問介護 訪問看護 訪問リハビリ 通所介護 通所リハビリ
 ショートステイ その他(_____)

○ 介護の他にしなければいけないことは何ですか？ (☑をつけて下さい)

- 仕事 家事 子供の世話
 他の家族の世話 学業
 その他(_____)

○ 介護者として、どのような不安や悩みがありますか？

(_____)

○ その他(ご自由にお書き下さい)

(_____)