

㊫ ひとり暮らし高齢者実態調査書

この調査書は、緊急時、災害時において、ひとり暮らし高齢者の方々を各機関で速やかに対応するために活用するもので、その他で利用することはありません。

この調査書は、川西市地域福祉課で作成しており、民生委員・児童委員の皆様から提出された調査書は当課で厳重に保管いたします。

(令和 年 月 日)

フリガナ 高齢者氏名		男 ・ 女	年 齢	歳	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
住 所	〒 川西市				電話番号	
緊急時の 連絡先	氏名 (続柄)	住所	電話 ()			
近親者 の状況	氏 名	続 柄	住 所	電話番号		
近親者の 訪問状況	毎日	週一回程度	月一回程度	年一回程度	緊急時のみ その他 ()	
友 愛 訪 問 者	氏名	電 話	間 柄			
	住 所	訪問回数		日に 1 回		

健康状態	良 い 普 通 悪 い 病 弱 ねたきり その他		
身体状況	(具体的な状況を記入してください)		
病気になった時、世話を してくれる人がいますか	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>いる (氏名)</p> <p>・ (電話)</p> <p>いない</p> </div> <div style="width: 50%;"></div> </div>		
かかりつけの 病院 (医院)	病院名	電 話	
	所在地	通院回数	月 回
健康保険	有 ・ 無	安心キット	有 ・ 無

日常生活に介助は		必要（ ）・不要				
介護	要介護度	未申請	非該当	要支援 1	要支援 2	
		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
保険	ケアプラン	機関名（ ）				
	作成	ケアマネジャー氏名（ ）				
サービス利用状況		緊急通報装置 配食サービス ホームヘルプサービスなど訪問介護 デイサービスなど通所介護 その他（ ）				
保健福祉サービスの 利用希望						

民 生 委 員 意 見 欄				
調 査 者 の 所 見	問題点の箇所	なし 健康面 生きがい その他（ ）		
	*問題点への対処方法等			
地域包括支援センター等の調査訪問は		必要あり	今のところ必要なし	
担当民生委員名		協議会名	協議会	

緊急時に速やかな援助を得るために、必要があるときは、当調査書記載事項について、市福祉関連部局及び市防災関連部局、消防本部、地域包括支援センター等の関係機関へ情報提供されることに同意します。

氏 名 _____

(注) 書きたくない事項がありましたら、記入する必要はありません。