


事業所名		電話番号	
担当者名		FAX番号	
ふりがな 氏名	生年月日	年齢	性別
住所		電話	
緊急時連絡先	氏名	住所	続柄
			電話番号
家族構成図		住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 (<input type="checkbox"/> 階建て <input type="checkbox"/> 階) <input type="checkbox"/> エレベーター
主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性		心身の状況	疾患名、病歴、入院歴など
		かかりつけ医	医療機関名 <input type="checkbox"/> Tel: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療
		要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 (区分 <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 要介護 (区分 <input type="checkbox"/>) 有効期間 (始) <input type="checkbox"/> ~ (至) <input type="checkbox"/>
サービス利用状況			
生活歴		<input type="checkbox"/> 訪問介護 (<input type="checkbox"/> 回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (<input type="checkbox"/> 回/週、うち 医療保険 <input type="checkbox"/> 回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護 (<input type="checkbox"/> 回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ (<input type="checkbox"/> 回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ (<input type="checkbox"/> 回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所 (<input type="checkbox"/> 回/週) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (<input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/>)	
ADL	自立 見守り 一部介助 全介助	要支援は必要事項のみ記入	
移動方法	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用	
口腔清潔	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 義歯	
食事	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) 主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分 <input type="checkbox"/> とうもろこし利用 副食 <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> とうもろこし付)	
	更衣	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
入浴	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅浴室 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス	
排泄	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ (<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ)	
服薬管理	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
障害高齢者の日常生活自立度		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	
認知症日常生活自立度		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/>)	
医療処置	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/>)	
今後の生活展望等	本人/家族の意向、ケアマネとしての意見など		
連絡事項、その他			
備考(※裏面に続く)			

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。



この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。