

御中

フリガナ			性別	生 年 月 日			歳
氏 名				年	月	日	
利用者 基 本 情 報	入院時の 要介護度	要介護度： 有効期間：令和 年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 (/) <input type="checkbox"/> 区分変更中 (/)					
	障がい高齢者の 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			認知症高齢者の 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	
	障がいなど認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的)			介護保険の 自己負担割合	<input type="checkbox"/> 割 年金などの種類	
	ADL	移動： (室内)： (室外)： 移乗： 更衣： 整容： 入浴： 麻痺の状況：					
	食事内容	食事： 食事形態： 摂取方法：					
	口腔	嚥下機能： 義歯： 口腔清潔：					
	排泄	排尿： 排便： ポータブルトイレ： オムツ/パット：					
	睡眠	睡眠の状態： 眠剤の使用： 薬の種類：					
	コミュニ ケーション	視力障害： 眼鏡： 聴力障害： 補聴器： 言語障害： 意思疎通： コミュニケーションに関する特記事項：					
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自己にて可 <input type="checkbox"/> 家族が管理 <input type="checkbox"/> 後見人等 <input type="checkbox"/> その他：					
	精神面にお ける療養上 の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内容： <input type="checkbox"/> その他：					
	入院前に実 施している 医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり： <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 創処置 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 痛みのコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射： <input type="checkbox"/> その他					
	服薬状況	内服薬： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 服薬状況：					
家族構成 連絡先	世帯構成 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居家族あり： その他：						
	主介護者 氏名：			続柄： ・ 才 (<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) TEL			
キーパーソン氏名：			続柄： ・ 才 (<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) TEL				
本人 家族 の 意 向	本人の趣味・ 興味・関心等						
	本人の生活暦						
	本人の生活に 対する意向						
	家族の生活に 対する意向						
の住 状 ま 況 い	住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅： 階・エレベーター： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 各階停車 <input type="checkbox"/> スキップフロアー) 間取り： 室内の状況： その他：					
サ ー ビ ス	介護サービス の利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問歯科： 回 / 週 (事業所名：) <input type="checkbox"/> 福祉用具： () <input type="checkbox"/> 訪問薬局： 回 / 週 (事業所名：) ショートステイの利用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 訪問看護： 回 / 週 (事業所名：) (施設名：) <input type="checkbox"/> 訪問介護： 回 / 週 (事業所名：) その他のサービス利用 [] <input type="checkbox"/> 通所介護： 回 / 週 (事業所名：) <input type="checkbox"/> 訪問入浴： 回 / 週 (事業所名：)					
かかりつけ医	医療機関名：	主治医：		訪問診療： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
居宅介護支援事業所	事業所名：		担当介護支援専門員：				
	住所：		TEL：				
			FAX：				