

居宅介護支援事業所名		担当者名	
住所	〒	TEL	()
		FAX	()
		事業所番号	

利用者名(フリガナ)		生年月日		性別
		明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)		男・女
住所	〒	電話番号		
		介護保険被保険者番号		
要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	食費負担段階	第1段階・第2段階・第3段階・第4段階	
加入健康保険	国保・社保・共済・生保・その他()			
申込者氏名(フリガナ)		本人との続柄	住所・電話番号	
			〒 ()	
緊急連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号
			〒	
			〒	
利用理由				
病気について				
既往症		現在の 病気		
医療行為	無・有 (経管栄養・胃ろう・在宅酸素・インスリン注射・その他)			
内服薬	無・有 (起床時・朝・昼・夕・寝る前・朝食前・昼食前・夕食前)			
	薬アレルギー 無・有 ()			
主治医		電話番号		
伝染性疾患				
疥癬	無・有 (現在・以前)	結核	無・有 (現在・以前)	
B型肝炎	無・有 (現在・以前)	C型肝炎	無・有 (現在・以前)	
梅毒	無・有 (現在・以前)	MRSA	無・有 (現在・以前)	
その他・特記事項				

身体状況		備考	
身長	cm		
体重	kg		
視力	普通・弱視・全盲		
聴力	普通・やや難聴・難聴		
言語	普通・少し不自由・不自由		
麻痺	無・有（ ）		
拘縮	無・有（ ）		
褥瘡	無・有（ ）		
オムツ	無・有（ 昼夜・昼・夜 ）		
意志の伝達	できる・時々できる・できない		
言語の理解	できる・時々できる・できない		
日常生活動作の状況			
移動	歩行（自立・見守り・つたい歩き・杖・歩行器） 車椅子（自走・一部介助・全介助） リクライニングにて全介助		
排泄	自立・トイレ見守り・一部介助・ベット上交換 （普通下着・リハパン・紙おむつ）		
食事	自立・見守り・一部介助・全介助 使用器具（はし・スプーン・フォーク） 水分とろみ（有・無） 主食（ ） 副食（ ）		
嚥下	障害有・障害無（ ）		
義歯	無・有（上・下）		
入浴	一般浴・中間浴・機械浴・清拭 自立・指示見守り・一部介助・全介助		
洗面	自立・指示見守り・一部介助・全介助		
整容	自立・指示見守り・一部介助・全介助		
更衣	自立・指示見守り・一部介助・全介助		
記憶障害の状況			
認知症	無・有（軽度・中度・十度）	精神障害	無・有（ ）
記憶障害	重度 （自分の名前が分からない・寸前のことも忘れる）	失見当	重度 （自分の名前が分からない）
	中度 （最近のことが分からない）		中度 （時々自分の部屋が分からない）
	軽度 （物忘れ、置き忘れが目立つ）		軽度 （異なった環境だと何処だか分からない）
その他			