

1. 利用者（患者）基本情報		フリガナ 【氏名】	年 月 日生 歳 □男 □女
【住居】 □持ち家 □賃貸		【形態】 □戸建 □集合住宅 階（特記事項：）	
【介護保険】□申請中 □事業対象者□支1 □支2 □介1 □介2 □介3 □介4 □介5（期間：～）		【認知症高齢者日常生活自立度】□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M 【障害手帳】□なし □あり（、級）	
【障害高齢者日常生活自立度】□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2		【指定難病医療受給証】□なし □あり	
【収入・年金等】□国民年金 □厚生年金 □障害年金 □生活保護（特記事項：）			
2. 家族情報 □独居 □同居 同居者：		主たる介護者：	キーパーソン：
【家族】 ※家族状況に関する特記事項：			
連絡先①（氏名、続柄、住所、TEL）：			
連絡先②（氏名、続柄、住所、TEL）：			
【介護力】 □日中独居 □高齢世帯 □家族が要介護状態/認知症 □サポートできる家族や支援者がいない			
3. 現在の生活			
【本人の生活状況・ 「仕合・趣味・関心 等」】			
【生活に関 する意向】本人：			
家族：			
4. 身体・生活機能の状況		【起き上り】 □自立 □見守り □一部介助 □全介助 【立上り】 □自立 □見守り □一部介助 □全介助	
A D L	【移動】 □自立 □見守り □一部介助 □全介助	【移動手段】 □杖 □歩行器 □車いす □その他（）	
	【排泄】 □自立 □見守り □一部介助 □全介助	□ホータグトル □おむつ □夜間のみ □その他（）	
	【入浴】 □自立 □見守り □一部介助 □全介助	□入浴補助具 □デイスーツ等で入浴 □その他（）	
	【食事】 □自立 □見守り □一部介助 □全介助	□普通食 □きざみ食 □ミキサー食 □食事制限あり □水分制限あり	
	【整容】 □自立 □見守り □一部介助 □全介助	【更衣】 □自立 □見守り □一部介助 □全介助	
【視力】 □問題なし □やや困難 □困難（）		【聴力】 □問題なし □やや困難 □困難（）	
【意思疎通】 □問題なし □やや困難 □困難（理由：）			
【睡眠】 □良 □不良		【眠剤の使用】 □なし □あり	【睡眠時間】 時間 【身長・体重】 cm kg
【飲酒】 □なし □あり（1回： 程度を週 日）		【喫煙】 □なし □あり（1日 本）	
【精神面における 療養上の問題】		□なし □幻視・幻聴 □興奮 □焦燥・不穏 □妄想 □暴力・攻撃的 □介護への抵抗 □不眠 □昼夜逆転 □徘徊 □危険行為 □不潔行為 □その他（） ※頻度や程度（）	
【生活上の問題点や 身体状況の変化等】			
5. 疾患・医療について		【かかりつけ医】 □なし □あり 医療機関名：（） 医師名：（）	
疾患名： □治療済 □治療中		医療機関名：（）	
【疾患歴】 疾患名： □治療済 □治療中		医療機関名：（）	
疾患名： □治療済 □治療中		医療機関名：（）	
【最近半年間での入院】 □なし □あり 医療機関名：（） □不明		【入院頻度】 □低い □高い/繰り返している	
【医療処置】 □なし □あり 内容：（）			
6. 口腔について		【かかりつけ歯科医】 □なし □あり 歯科医療機関名：（） 歯科医師名：（）	
【嚥下機能】 □むせない □時々むせる □常にむせる		【口腔清潔】 □良 □不良 □著しく不良 【口臭】 □なし □あり	
【義歯】 □なし □あり □義歯が合っていない		【その他症状】 □歯が痛い □歯が動く □歯茎が腫れている □歯茎からの出血	
【口腔に関する特記事項】（）			
7. 服薬について ※必要に応じてお薬手帳（コピー）を添付		【かかりつけ薬局】 □なし □あり 薬局名：（）	
【服薬】 □なし □あり（）		【処方薬以外の服用】 □なし □あり（）	
【薬剤管理】 □自己管理 □他者が管理（）		【服薬状況】 □処方どおり服薬 □時々飲み忘れ □処方が守られていない	
【服薬に関する特記事項】（）			
8. 介護サービス利用状況等		□訪問介護（） □訪問看護（）	
【利用中のサービス】 ※事業所名、頻度、 曜日など	□訪問リハ（）	□訪問入浴（）	
	□居宅療養管理指導（）	□通所介護（）	
	□通所リハ（）	□短期入所（）	
	□福祉用具（）	□住宅改修 □その他（）	
【介護サービス利用に 関する特記事項】			
9. 備考			