

基本情報

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	M S	T H	年 月 日
住所		連絡先		かかりつけ医	
医療処置 必要度	<input type="checkbox"/> 点滴 (<input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> リザーバー) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻) <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> インスリン (自己注射 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置(部位) <input type="checkbox"/> 浣腸・摘便 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> その他カテーテル()				
認知症などの精神疾患について <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
問題行動 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> その他()					
特記すべき事項					

ADLについて

運動機能	特記すべき事項
食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
排尿 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
排便 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	歩行補助具 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 押し車 <input type="checkbox"/> その他()
階段 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	

家屋環境

寝室	<input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> 一般ベット <input type="checkbox"/> 特殊寝台
浴室	手すり(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 浴槽 (<input type="checkbox"/> 深い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 浅い)、(<input type="checkbox"/> 据え置きタイプ <input type="checkbox"/> 半埋め込みタイプ)
トイレ	<input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 手すり(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
廊下	手すり(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
出入り口	段差(<input type="checkbox"/> 有()cm程度) <input type="checkbox"/> 無) 手すり(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
その他家屋環境についての特記事項(大きな段差・手すりの有無など)	

家族の状況

同居者 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 子供の配偶者 <input type="checkbox"/> その他()	
家族関係 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	近所との関係 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良
キーパーソンと介護力(家事についての介助量や手段・方法などを含む)	
家族構成・その他	
家族の介護に対する思い	経済状況
本人の希望・生きがい・趣味・興味	

介護保険情報

要介護度	要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)	有効期間	~
担当事業所名			
連絡先			
担当CM			