

ご 家 族 連 絡 先

ご 家 族 連 絡 先				
ふりがな		続柄	生 年 月 日	年 齢
氏 名			M・T・S・H 年 月 日	歳
住 所	〒 勤務先名称 住所：		<input type="checkbox"/> 自宅電話番号 () <input type="checkbox"/> 携帯電話番号 () <input type="checkbox"/> 職場電話番号 ()	
ふりがな		続柄	生 年 月 日	年 齢
氏 名			M・T・S・H 年 月 日	歳
住 所	〒 勤務先名称 住所：		<input type="checkbox"/> 自宅電話番号 () <input type="checkbox"/> 携帯電話番号 () <input type="checkbox"/> 職場電話番号 ()	
ふりがな		続柄	生 年 月 日	年 齢
氏 名			M・T・S・H 年 月 日	歳
住 所	〒 勤務先名称 住所：		<input type="checkbox"/> 自宅電話番号 () <input type="checkbox"/> 携帯電話番号 () <input type="checkbox"/> 職場電話番号 ()	
ふりがな		続柄	生 年 月 日	年 齢
氏 名			M・T・S・H 年 月 日	歳
住 所	〒 勤務先名称 住所：		<input type="checkbox"/> 自宅電話番号 () <input type="checkbox"/> 携帯電話番号 () <input type="checkbox"/> 職場電話番号 ()	

《ご本人の生活歴》

No.2

ご両親について	父親氏名： 母親氏名： 両親の仕事：	【家族構成】
兄弟について	男性： 名 女性： 名	
結婚歴	結婚年月日： 配偶者氏名： 子供：男性 名 / 女性： 名	
学歴		
仕事歴		
趣味・特技など		
嗜好品	好きな食べ物 嫌いな食べ物	
生活歴 (出身地、居住地、 幼少期等、入所前 までの生活歴)		
病歴 (今まで罹られた 怪我や病気等)	病名： 状況： (年 月 日) *身長： *体重	
	【特記事項】	

《お申込み案内》

必要書類	<ul style="list-style-type: none"> ① 入所申込書 ② 介護支援専門員等意見書 ③ 介護保険被保険者証のコピー ④ 介護保険負担限度額認定証のコピー (お持ちの方のみ) ⑤ 内服薬処方内容が記載されている書類コピー ⑥ 診療情報提供書 *今までに健康診断を受けられておりましたら健康診断書 (血液データ) のコピー
------	---

生活環境 (休む環境)	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団 (フローア・畳等) 使用している周辺機具： <input type="checkbox"/> 立位バー <input type="checkbox"/> ナースコール <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> その他 ()	
生活の動作等 日常のご様子		どのような様子ですか? (介護の状況等)
1.寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない	
2.起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない	
3.座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない	
4.立位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない	
5.歩行 (使用している用具)	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない 1.杖 2.手押し車 3.歩行器 4.車椅子 5.他 ()	
6.移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
7.移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
8.立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない	
9.入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
10.褥瘡 (床ずれ)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位： 処置開始日：)	
11.食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
12.食事形態	主食 … <input type="checkbox"/> 普通のごはん <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 副食 … <input type="checkbox"/> 普通のおかず <input type="checkbox"/> ひと口大にきざんだもの <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー	
13.嚥下	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> むせ込みあり (<input type="checkbox"/> とろみ必要 ・ <input type="checkbox"/> 不要)	
14.排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	
15.口腔清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	義歯： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (上・下)
16.洗顔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
17.整髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
18.爪きり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
19.上着の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
20.ズボン・パンツの着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
21.薬の内服	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
22.電話の利用	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (利用していない)	
23.日常の意思決定	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 特別な場合を除いてできる <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない	
24.視力	<input type="checkbox"/> 普通 (日常生活に支障がない) <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほとんど見えない	眼鏡： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
25.聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	補聴器： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
26.意思の伝達	<input type="checkbox"/> 自分の意思を伝達できる <input type="checkbox"/> 時々伝達できる <input type="checkbox"/> 伝達できない	
27.指示への反応	<input type="checkbox"/> 指示が通じる <input type="checkbox"/> 指示が時々通じる <input type="checkbox"/> 指示が通じない	

介護支援専門員 意見書

(記入日 R . .) No.5

ふりがな 入所希望者氏名	被保険者番号											
	在宅サービス利用率	%										
ケアプランについて	利用しているサービス (直近1ヶ月の利用状況)											
	サービス名						利用回数等					
サービスに対するご本人 又は、ご家族の希望など												
ご本人の状況	1. 身体の状況について (麻痺や拘縮など、介護を要する身体状況)											
	2. 認知症などについて (介護や見守りを要する状況)											
	3. 疾患などについて (特に注意を要する事、医療器具の使用など介護や看護を要する疾患など)											
その他の留意すべき事	※ ご本人の嗜好や性格など介護をする上で把握しておくべき事											

記入者氏名		職種	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ()
事業所区分	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者	<input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター	<input type="checkbox"/> その他 ()
事業署名		連絡先電話	- -