

利用者基本情報

《受付日時 年 月 日》

対応者： _____

| | | | | | | | | |
|---------|---|-------|----|----|----|----|-------|----|
| 氏名 | (被保険者番号) | 生年月日 | 住所 | | | | | |
| | | | 電話 | | | | | |
| 認定等情報 | 要支1・要支2 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度) | | | | | | | |
| | 高齢者日常生活自立度 () 認知症高齢者日常生活自立度 () | | | | | | | |
| | 事業対象者 基本チェックリスト結果 | | 全般 | 運動 | 栄養 | 口腔 | No.16 | 認知 |
| | | /20 | /5 | /2 | /3 | /1 | /3 | /5 |
| 障害等認定 | 身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 () | | | | | | | |
| 本人の住居環境 | 自宅・借家・一戸建て・集合住宅・施設 () 自室の有無 有 () 階・無 ()、住宅改修の有無 無・有 () | | | | | | | |
| 経済状況 | 国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他 () | | | | | | | |
| 家族構成 | | 緊急連絡先 | 氏名 | 電話 | 住所 | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

《健康状態》

| | 発症年月日 | 病名 | 医療機関・医師名 (主治医に☆) | | 経過 | 治療中の場合 内容・服薬状況など |
|-------|-----------|--|---------------------|-----|-------|---------------------|
| | 医療情報 | 年 月 日 | | | TEL | 治・経・他 |
| 年 月 日 | | | | TEL | 治・経・他 | |
| 年 月 日 | | | | TEL | 治・経・他 | |
| 服薬状況 | | ・なし ・あり (・正しくできる ・正しくできない) | | | | |
| 医療処置 | | ・なし ・あり (インスリン注射 ・在宅酸素 ・ｽﾄﾏｯﾌﾟ・透析 ・その他 ()) | | | | |
| 口腔と嚥下 | 歯 | ・自分の歯 (本)・義歯 ・歯がなく義歯もない ・義歯があるが使っていない | | | | |
| | 歯と口腔の状況 | ・問題なし ・口臭あり ・食物残渣あり ・舌苔が多い ・義歯に支障あり ・歯や歯茎に問題あり ・その他 () | | | | |
| | 飲み込み | ・むせずに飲み込める ・むせがある | | | | |
| 栄養等 | 食欲 | ・ある ・時々ない ・常がない | | | | |
| | 食事の回数 | ・1日3回 ・1日2回 (朝 昼 夕) ・不規則 | | | | |
| | 体重・BMI | ・体重： Kg ・身長 cm BMI： (やせ 標準 肥満) | | | | |
| 排泄 | 排便 | ・問題なし ・3日以上便秘あり (薬内服：毎日服用・時々服用・なし) ・便失禁あり | | | | |
| | 排尿 | ・問題なし ・尿漏れあり ・尿失禁あり (頻度：) | | | | |
| 睡眠 | 状況 | ・眠れなくなることはない ・時々眠れなくなる ・毎日眠れない | | | | |
| | 眠剤の服用 | ・ない ・時々内服 ・毎日内服 | | | | |
| その他 | 視力 | ・日常生活に支障なし ・日常生活に支障あり () | | | | |
| | 聴力 | ・日常生活に支障なし ・日常生活に支障あり () | | | | |
| | コミュニケーション | ・日常生活に支障なし ・日常生活に支障あり () | | | | |

