在宅(施設)での状況について

令和	年	月	日
事業署名	I		
担当者名	ı		
TEL			

利用者	生年月日 歳 □新規 □更新 □区分変更			
現在の介護度	要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2			
	認定期間 年 月 日~ 年 月 日			
介護サービス	(サービスの種類) (回数) (事業所名)			
の利用状況	①			
	②			
	3			
	4			
	5			
	6			
他科受診の	□なし □あり()			
有無				
日常生活	担当介護支援専門員が判断した障害高齢者の日常生活自立度:自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
自立度	担当介護支援専門員が判断した認知症高齢者の日常生活自立度:自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M			
認知症状につい	短期記憶 □問題なし □問題あり			
7	意思決定 □自立 □いくらか困難 □見守りが必要 □判断できない			
	意思伝達 □伝えられる □いくらか困難 □具体的要求に限られる □伝えられない			
	周辺症状 □ない □幻視・幻覚 □妄想 □昼夜逆転 □暴言 □暴行			
	□介護への抵抗 □徘徊 □火の不始末 □不潔行為 □異食行動			
	□性的問題行動 □その他()			
	(上記に由来するエピソード等)			
		_		
身体状況	利き腕 □右 □左			
	身長			
	四肢欠損 □なし □あり (部位 程度)			
	麻痺 □なし □あり (部位 程度)			
	筋力の低下 口なし 口あり (部位 程度)			
	関節拘縮 □なし □あり (部位 程度)			
	関節の痛み□なし□あり(部位 程度)			
	失調・不随意運動 □なし □あり (部位 程度) 程度)			
止怎	標瘡・皮膚疾患 □なし □あり (部位 状態)			
歩行	屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない			
	車イス □使っていない □主に自分で操作 □主に介助者が操作			
	杖・装具 □使っていない □屋外で使用 □屋内で使用 (具体的な企業の手間と頻度)			
	(具体的な介護の手間と頻度)			

食事摂取	食事行為 □自立 □一部介助 □全介助
	栄養状態 □良好 □不良
	摂食状況
	(具体的な介護の手間と頻度)
現在あるか、ま	□尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下
たは今後発生の	┃ □閉じこもり □意欲低下 □徘徊 □低栄養 □摂食・嚥下機能低下
可能性の高い状	□脱水 □易感染症 □がん等による疼痛 □その他()
態	(判断理由)
<i>1</i> E.	
利用を検討して	□訪問診療 □訪問看護 □訪問介護 □訪問リハビリテーション
いるサービス	□通所リハビリテーション □通所介護 □短期入所療養介護
	□その他()
	□福祉用具レンタル ()
	介護サービスへの希望
	万慶り ころ・207 布宝
特記事項	家族構成 □一人暮らし □家族と同居 ()
	キーパーソン(続柄)
	施設入所の場合
	施設名 担当者名
	,
*日常生活におい	って支障となっていたり問題があると思われる事
*認知症の進行に	より見守りが必要な状態があれば、その具体的な内容などを記載してください。
-	
-	