

在宅（施設）での状況について

令和 年 月 日

事業署名 _____

担当者名 _____

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
介護サービスの利用状況	(サービスの種類) (回数) (事業所名) ① _____ ② _____ ③ _____ ④ _____ ⑤ _____ ⑥ _____
他科受診の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____)
日常生活自立度	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 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・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
認知症状について	短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり 意思決定 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない 意思伝達 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない 周辺症状 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 (_____) (上記に由来するエピソード等) _____ _____
身体状況	利き腕 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 身長 _____ cm 体重 _____ kg <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少 四肢欠損 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位 _____ 程度 _____) 麻痺 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位 _____ 程度 _____) 筋力の低下 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位 _____ 程度 _____) 関節拘縮 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位 _____ 程度 _____) 関節の痛み <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位 _____ 程度 _____) 失調・不随意運動 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位 _____ 程度 _____) 褥瘡・皮膚疾患 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位 _____ 状態 _____)
歩行	屋外歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助があればしている <input type="checkbox"/> していない 車イス <input type="checkbox"/> 使っていない <input type="checkbox"/> 主に自分で操作 <input type="checkbox"/> 主に介助者が操作 杖・装具 <input type="checkbox"/> 使っていない <input type="checkbox"/> 屋外で使用 <input type="checkbox"/> 屋内で使用 (具体的な介護の手間と頻度) _____

