

ふりがな			男	生 年 月 日	
氏名			女	T S 年 月 日 (歳)	
住所	〒				
電話番号			保険者番号		
被保険者番号			保険者		
要介護度	要介護 1 2 3 4 5 / 要支援 1 2 区分変更中				
認定有効期間	R 年 月 日 ~ R 年 月 日				
居宅介護支援事業所			介護支援専門員		
TEL			FAX		
減免証類	<input type="checkbox"/> 介護負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 介護負担割合証 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人利用者負担減免証				
認知度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 高度)				
認知面 行動/言動					
身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲		聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 補聴器
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位：)			
	拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位：)			
	筋力低下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位：)			
	移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 付き添い <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子			
	徘徊	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (朝 ・ 昼 ・ 夕)			
食事	食事	主食：		副食：	
	制限/禁止食：				
	入れ歯	<input type="checkbox"/> 上下 <input type="checkbox"/> 上のみ <input type="checkbox"/> 下のみ <input type="checkbox"/> 部分(上・下) <input type="checkbox"/> 自歯			
	嚥下機能	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> トロミ使用			
摂取状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	理由：				
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 尿意あり <input type="checkbox"/> 尿意なし <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> オムツ			
	排便	<input type="checkbox"/> 尿意あり <input type="checkbox"/> 尿意なし <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> オムツ			
	排泄状況	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ			
	その他				
入浴	種類	<input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 一般浴			
	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
皮膚状況	処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位：)			
内服	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ありの場合薬情のコピーをお願い致します				
主治医					
家族構成		生活歴/特記及び注意事項		既往歴	