

ふりがな			男	生 年 月 日	
氏 名			女	M T S 年 月 日 ( 歳)	
住 所			電話番号		
被保険者番号			保険者番号		
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					
居宅介護支援 事業所	事業所名			電話番号	
	介護支援専門員名			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軽減証				
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 )				
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・夜)			
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"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 自力 <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"/> おむつ			
	排 便	<input type="checkbox"/> 便意あり <input type="checkbox"/> 便意なし <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> おむつ			
	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			
	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			
皮膚状態	処 置				
認知面	行動/言動				
内 服		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
病院名 主治医		病院名 主治医		病院名 主治医	
家族構成		生活歴/特記及び注意事項		既往歴	