

面接日時： 年 月 日 時 面接者 () 記録者

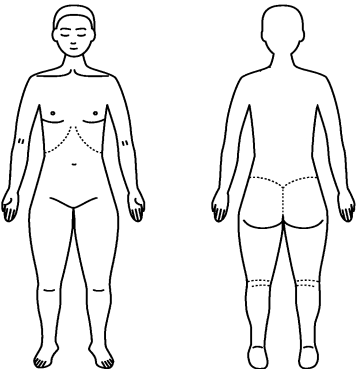
フリガナ 利用者の氏名					□男・□女				
生年月日		□明治 □大正 □昭和 年 月 日生			歳				
要介護度		1・2・3・4・5		交付年月日		年 月 日			
保険者番号				認定年月日		年 月 日			
被保険者番号				負担割合		割			
認定の有効期		年 月 日～		年 月 日					
介護保険負担 限度額認定		□無		負担段階 1・2・3()		交付年月日		年 月 日	
		□有		有効期間		年 月 日～		年 月 日	
社福軽減等の 有無		□無		その他減額		□無			
		□有		証等の有無		□有 ()			
現住所	住所	〒							
	TEL	携帯 TEL							
緊急時連絡先①	氏名							利用者との続柄	
	住所	〒							
緊急時連絡先②	TEL	携帯 TEL							
	氏名							利用者との続柄	
掛かり付け医	住所	〒							
	TEL	FAX							
機関名：		担当医：							
〒									
担当居宅支援事業所：								TEL	
担当ケアマネージャー：								FAX	
利用目的									
他利用サービス									
特記事項									

- ※ ショートステイは体調不良時ご利用できません。空床利用型の為、空いている居室でのご利用案内です。
- ※ 緊急、体調不良時の病院受診はご家族様対応になりますので、緊急連絡の確認を必ずお願いいたします。
- ※ 環境の変化(広さ・慣れない環境でのストレス等)により、転倒・体調不良、ADLが低下するリスクもございます。また24時間マンツーマンで見られないので、その旨ご家族様へのご説明をお願いいたします。(ただし安全に過ごせるように、出来る限りの対応はいたします。)
- ※ ケアプランの添付をお願いいたします。

氏名 様 M・T・S 年 月 日生(歳)

アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:	BP= /	P (<input type="checkbox"/> 整 <input type="checkbox"/> 不整)	KT= °C	
(食事): <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃瘻 (義歯): <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(上・下) (食事内容): (主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (好きな飲料): (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (禁食・制限食): <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容→) (水分トロミ): <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(程度→) (摂取器具): <input type="checkbox"/> お箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> エプロン (一日の摂取量): 平均食事量→ 平均水分量(食事以外)→約 cc					
(排泄): 日中 <input type="checkbox"/> トイレ(自立) <input type="checkbox"/> トイレ(介助) <input type="checkbox"/> オムツ交換 <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> 尿器(自立) <input type="checkbox"/> 尿器(介助) <input type="checkbox"/> Pトイレ(自立) <input type="checkbox"/> Pトイレ(介助) : 夜間 <input type="checkbox"/> トイレ(自立) <input type="checkbox"/> トイレ(介助) <input type="checkbox"/> オムツ交換 <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> 尿器(自立) <input type="checkbox"/> 尿器(介助) <input type="checkbox"/> Pトイレ(自立) <input type="checkbox"/> Pトイレ(介助) : 使用パット類 (<input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ) 尿意: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> なし : 尿回数(日中→ 回 夜間→ 回) 便意: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> なし : 便秘対応:(排便間隔→ 下剤の使用→)					
(入浴): <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (浴槽): <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴 (洗面): <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (更衣): <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (口腔): <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 道具用意 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (うがい): <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可					
(立位): <input type="checkbox"/> 立位可 (<input type="checkbox"/> ささえ・ <input type="checkbox"/> 手すり・) <input type="checkbox"/> 立位不可 (座位): <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (端座位): <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (寝返り): <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
(移動): <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="checkbox"/> 自走可・ <input type="checkbox"/> 自走不可) <input type="checkbox"/> リクライニング (移乗): <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (転倒の危険性): <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
(視力): <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えづらい <input type="checkbox"/> ほぼ見えない (聴力): <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> かなり難聴					
(睡眠): <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 時々眠れない <input type="checkbox"/> 昼夜逆転傾向 (眠剤): <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有→頻度)					
(与薬): <input type="checkbox"/> 自己管理(施設では全員お預かり致します) <input type="checkbox"/> 手渡し介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
(意志疎通): <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> まれに可 <input type="checkbox"/> 不可能 (認知症): <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 健忘 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 大声・奇声 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 帰宅要求 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 暴力・暴言 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> その他()					
(自宅で使用している介護用品): ()					
(生活環境①居室図)		(生活環境②一日の流れ)			
		時刻	内容	時刻	内容
			起床		
					就寝

氏名 様 M・T・S 年 月 日生 (歳)

身体状況 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 拘縮 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 身長 <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> kg		現在行っている医療的処置 (軟膏塗布や湿布貼付など)
--	---	-------------------------------

主な既往歴 (病名)	※感染症要確認	治療内容 (内服・手術・入院・通院など)
・	(年 月)	
・	(年 月)	
・	(年 月)	
・	(年 月)	
・	(年 月)	
・	(年 月)	
主な現病歴 (病名)	※感染症要確認	現在受けている治療内容
・	(年 月)	
・	(年 月)	
・	(年 月)	
・	(年 月)	
・	(年 月)	
・	(年 月)	

薬名 (効能)	用量	用法							
		起床	朝	昼	夕	就寝	食前	食間	他
()		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
()		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
()		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
()		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
()		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
()		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
()		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
()		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
()		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
()		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
()		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【備考】