

利用希望者の情報

平成 年 月 日

氏名			居住形態	独居 夫婦 家族 ()	生年月日	M,T,S 年 月 日 歳			
住所					電話番号				
キーパーソン			続柄		電話番号				
主治医	病院 科 Dr		病院 科 Dr		電話番号				
病名									
介護度	要支援	要介護 1 2 3 4 5	認定期間		平成 年 月 日～平成 年 月 日				
A D L	食 事	自立 見守り 一部介助 全介助	排 泄	自立 見守り 一部会場 全解除	トイレ 尿器 Pトイレ パット、オムツ	入 浴	自立 見守り 一部介助 全介助	着 脱	自立 見守り 一部介助 全介助
	整 容	自立 見守り 一部介助 全介助	移 動	歩行 立上り 座位 移動	○自立 ○見守り ○一部介助 ○全介助	認 知	環境・伝達 意志伝達 服薬 金銭管理	できる 時々可 できない できる 時々可 できない できる 時々可 できない	
利用介護サービス	1、訪問介護 2、入浴介護 3、訪問看護 4、訪問リハ 5、居宅療養監理 6、通所介護 7、通所リハ 8、福祉用具貸与 9、ショートステイ 10、住宅改修 11、その他								
	番号	事業者名		回 数	月 週 日 回	電 話			
	番号	事業者名		回 数	月 週 日 回	電 話			
	番号	事業者名		回 数	月 週 日 回	電 話			
番号	事業者名		回 数	月 週 日 回	電 話				
援助経過									
特記・エピソード						家族構成			
電話時・訪問時の注意	電話	常時 午前 午後		連絡先事業所					
	訪問 曜日	午前 午後							