

施設利用希望者の情報

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 1 2 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 トイレ 見守り 尿器 一部会場 Pトイレ 全解除 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 ○自立 立上り ○見守り 座位 ○一部介助 移動 ○全介助	認 知	環境・伝達 できる 時々可 できない 意志伝達 できる 時々可 できない 服薬 できる 時々可 できない 金銭管理 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						