

担当ケアマネジャー	氏名 事業所名	TEL
現在の居所	自宅・自宅外（ ）	
利用中のサービス	<input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他（ ）	
入所希望期間	令和 年 月頃～令和 年 月頃まで	
退所後の予定	自宅・施設（ ）・その他（ ）	

日常生活の状況について、あてはまるものを○で囲い、必要事項の記入をお願いします。

食 事	主 食	ご飯・お粥・ミキサー・重湯・その他（ ）
	副 食	普通・一口大・きざみ・ミキサー・その他（ ）
	好き嫌い	無・有（ ）
	制限食	無・有（ ）
	注入食	無・有（ ）
	摂 取	自立（箸・スプーン・フォーク・その他）・見守り・一部介助・全介助
	咽せ込み	無・有（ ）
口 腔	状 態	自歯・部分入れ歯（上・下）・総入れ歯（上・下）・入れ歯なし
	歯みがき	自立・一部介助・全介助 うがい（可・不可）
排 泄	動 作	自立・見守り・一部介助・全介助
	場 所	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・オムツ・その他（ ）
	使用物	布パンツ（日中・夜間・常時）・リハビリパンツ（日中・夜間・常時） 紙オムツ（日中・夜間・常時）・パット（日中・夜間・常時）
	そ の 他	尿意（有・無）・便意（有・無）・失敗（有・時々・無） 排便状況（ 回／日）下剤服用（有・無）浣腸使用（有・無）
着 替 え	自立・見守り・一部介助・全介助	
入 浴	動 作	自立・見守り・一部介助・全介助・入浴していない
	形 態	普通浴・シャワー浴・機械浴（ ）・清拭
寝 返 り	できる・つかまればできる・できない	
起 き 上 が り	できる・つかまればできる・できない	
座 る	できる・つかまればできる・背もたれが必要・できない	
立 つ	できる・つかまればできる・できない	
移 動	歩 行	できる・つかまればできる・できない
	自 助 具	無・有（杖・歩行器・車椅子（自操・介助）・その他）
認 知 症	無・有（軽度・中度・重度・わからない）	
意 思 伝 達	伝えられる・時々伝えられる・ほとんど伝えられない	

身体機能について、あてはまるものを○で囲い、必要事項の記入をお願いします。

麻 痺	無・有（右・左）
関節のこわばり	無・有（肩関節・股関節・膝関節・その他）
障 害	無・有（言語・嚙下・視力（右・左）・聴力（右・左） （その他）

精神状態について、あてはまるものがあれば□にチェックをお願いします。

<input type="checkbox"/> 徘徊がある <input type="checkbox"/> 外出すると戻れない <input type="checkbox"/> 被害的な訴えがある <input type="checkbox"/> 作り話をする <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 同じ話しをする <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 1人で出たがる（目が離せない） <input type="checkbox"/> いろいろなものを集める <input type="checkbox"/> 物や衣類を壊す <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 独り言・独り笑い <input type="checkbox"/> 自分勝手に行動する <input type="checkbox"/> 話しがまとまらない
