

いきいき倶楽部等潤 利用者基本情報

氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日 歳
住所				電話番号	
主治医	病院名				医師名
主病名				最終入院歴	入院 年 月 日 退院 年 月 日
既往歴(新しいものから記入)					
年月日	病名	医療機関		経過、治療内容等	
日常生活動作情報	起居動作	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (介助内容:)			
	立ち上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (介助内容:)			
	歩行(屋内)	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (介助内容:)			
	歩行(屋外)	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (介助内容:)			
	階段昇降	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (介助内容:)			
	食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (介助内容:)			
	食事形態	主食(常食・お粥)、副食(常食・キザミ)、水分トロミ(有・無)			
	アレルギー・禁止食・義歯	有・無(種類:) 義歯 有・無()			
	排泄(昼)	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (介助内容:)			
	排泄(夜)	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (介助内容:)			
	整容	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (介助内容:)			
	更衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (介助内容:)			
	入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (介助内容:)			
	コミュニケーション	問題なし ・ 簡単な会話可能 ・ 意思疎通困難			
	家事動作	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (介助内容:)			
	外出	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (介助内容:)			
外出頻度	毎日 ・ 週1回程度 ・ 月1回程度 ・ 無し				
	外出先()				
身体状況					
<p>示</p>  <p> <input type="checkbox"/> 切断 <input type="checkbox"/> 感覚障害 <input type="checkbox"/> 運動障害 </p>			身体機能情報(疼痛・麻痺・認知機能面 等)		
			投薬情報		

家族構成		家族の協力・特記事項	
緊急連絡先			
氏名	続柄	住所	電話番号
利用目的	本人希望		
	家族希望		
本人の住居環境	一戸建て・集合住宅 住宅改修: 有・無	住宅改修箇所	
	エレベーター: 有・無 自宅前車両停車: 可・不可		
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	I IIa IIb IIIa IIIb IV M	
介護区分		認定期限	生活保護
要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		年 月 日 ~ 年 月 日	有・無
利用希望回数	利用希望曜日	利用希望時間	
/ 週	月・火・水・木・金・土	3-4時間 午前/午後・1-2時間 午前/午後・介護予防 午前/午後	
介護支援専門員氏名	居宅介護支援事業所名称	連絡先	TEL :
			FAX :
他の居宅サービス利用状況			
福祉用具レンタル: 有・無 レンタル内容()			
備考、その他連絡事項			