

シルバーケア花笑み 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 退院	年 月 日 年 月 日

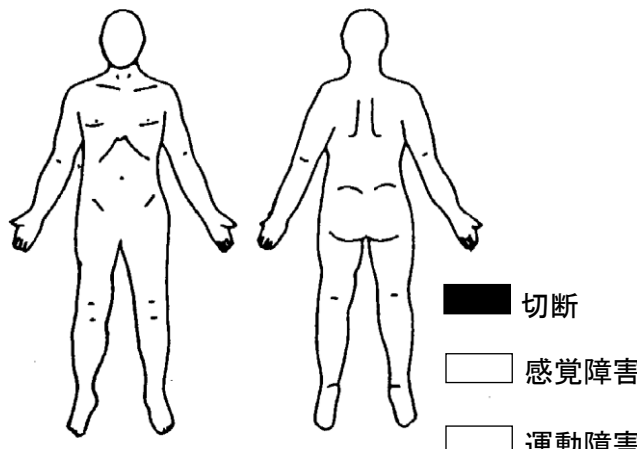
既往歴(新しいものから記入)

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

	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		住宅改修箇所		
	住宅改修：有・無				
	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	6-7時間(入浴有・無)・介護予防(入浴有・無)			
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					