

※分かる範囲でご記入ください。

# 予約申し込み票

申し込み日

記入者

NO. 1

ふりがな		性別		生年月日	
利用者氏名					

現在の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 ( ) <input type="checkbox"/> 病院 ( ) <input type="checkbox"/> 施設 ( )
-------	--

住所					家族構成図
電話番号					
世帯区分	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 夫婦 <input type="checkbox"/> 子のみ <input type="checkbox"/> その他( )				
家族構成	氏名	続柄	年齢	健康状態	
	1.				
	2.				
	3.				
	4.				

緊急連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号
	1.			
	2.			
	3.			

初回相談内容	初回相談受付月日	受付方法	依頼者	相談経路

生活歴	これまでの職業・家庭生活・趣味・習慣など
-----	----------------------

現在の生活状況	生活・介護の状況など
---------	------------

介護保険情報	介護度		被保険者番号	
	認定年月日		認定期間	~
	障害高齢者の日常生活自立度			認知症高齢者の日常生活自立度

公費情報等	医療保険		身体障害者手帳	種 級( )
	生活保護		被爆者手帳	備考:

現在利用している介護保険サービス等	サービス種別	事業所名・連絡先等	利用回数・期間等	担当者等
	担当居宅・包括		担当ケアマネ	

※分かる範囲でご記入ください。


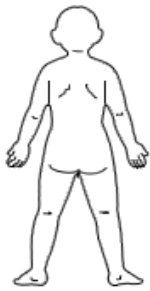
受診病院	病院名	医師名	診療科目	受診状況

服薬内容	薬剤名	mg	朝		昼		夕		眠前
			前	後	前	後	前	後	

服薬内容	薬剤名	mg	朝		昼		夕		眠前
			前	後	前	後	前	後	

★ 傷病名・症状・既往歴・治療・処置等

傷病名	いつから	病院	身長 cm	体重 kg	BMI
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

麻痺・関節の拘縮	部位:	痛み	部位:
皮膚疾患	部位:	褥瘡	部位:

利用者の望む生活	なるべく本人の言葉で
家族の望む生活	複数の家族がいる場合は、それぞれの希望を

介護力 (有・無)	主な介護者	氏名	続柄	世帯
	その他の介護者	氏名	続柄	世帯
	介護に対する考え	就労状況、被介護者との関係性、家族間の関係性、介護者の健康状態、介護の負担、問題(困りごと)等		

1日の生活 起床・食事・日中の過ごし方・入浴・就寝など												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
												昼食
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	外出頻度

※分かる範囲でご記入ください。

寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
屋内歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 補助道具使用		屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		入浴入浴場所・浴槽の出入り・洗身・洗髪などの状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	

現状	<input type="checkbox"/> 安定している <input type="checkbox"/> 帰宅要望が多い		起床	<input type="checkbox"/> 一定の時間に自分で起きてくる <input type="checkbox"/> 自分で起きられない	
着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		洗顔歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> PTトイレ使用		おむつ使用	<input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> 未使用	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		水分摂取	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> むせ込み有り <input type="checkbox"/> トロミ剤使用	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
清掃	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		就寝	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 理解できない <input type="checkbox"/> 簡単な言葉で話せば理解できる <input type="checkbox"/> 自分の伝えたい事は言える				
対人関係	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> その他				

食事管理	<input type="checkbox"/> 量の加減 <input type="checkbox"/> 献立配慮 <input type="checkbox"/> その他		服薬管理	<input type="checkbox"/> 服薬なし <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 服薬介助	
健康管理	<input type="checkbox"/> 不調のサインあり <input type="checkbox"/> 日常的チェック必要 <input type="checkbox"/> その他( )		病気への対応	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
生活のリズム	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 時々崩れる <input type="checkbox"/> よく崩れる		金銭管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族( )	

※分かる範囲でご記入ください。

物忘れ	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> ときどき	
	<input type="checkbox"/> ある	
日常の意思決定	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
	<input type="checkbox"/> 特別な場合以外	
	<input type="checkbox"/> 日常的に困難	

被害的	<input type="checkbox"/> なし		落ち着きなし	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> ときどき			<input type="checkbox"/> ときどき	
	<input type="checkbox"/> ある			<input type="checkbox"/> ある	
作話	<input type="checkbox"/> なし		一人で出たがる	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> ときどき			<input type="checkbox"/> ときどき	
	<input type="checkbox"/> ある			<input type="checkbox"/> ある	
感情が不安定	<input type="checkbox"/> なし		収集癖	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> ときどき			<input type="checkbox"/> ときどき	
	<input type="checkbox"/> ある			<input type="checkbox"/> ある	
昼夜が逆転	<input type="checkbox"/> なし		物や衣類を壊す	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> ときどき			<input type="checkbox"/> ときどき	
	<input type="checkbox"/> ある			<input type="checkbox"/> ある	
同じ話しをする	<input type="checkbox"/> なし		独り言・一人笑い	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> ときどき			<input type="checkbox"/> ときどき	
	<input type="checkbox"/> ある			<input type="checkbox"/> ある	
大声を出す	<input type="checkbox"/> なし		自分勝手に行動する	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> ときどき			<input type="checkbox"/> ときどき	
	<input type="checkbox"/> ある			<input type="checkbox"/> ある	
介護に抵抗	<input type="checkbox"/> なし		その他		
	<input type="checkbox"/> ときどき				
	<input type="checkbox"/> ある				

備考