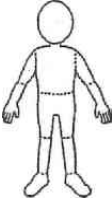


|                                        |    |                                                                                                                          |    |                                                          |    |    |                              |   |                                 |
|----------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------|----|----|------------------------------|---|---------------------------------|
| 氏名                                     |    | 男・女                                                                                                                      |    | 生年月日 M T S 年 月 日 ( 歳)                                    |    |    |                              |   |                                 |
| 住所                                     |    |                                                                                                                          |    | 電話番号                                                     |    |    |                              |   |                                 |
| 家族構成                                   |    | 障害部位<br><br>■欠損部位 X疼痛部位<br>●褥創部位 △変形・拘縮 |    | 緊急連絡先                                                    |    |    |                              |   |                                 |
|                                        |    |                                                                                                                          |    |                                                          |    |    |                              |   |                                 |
|                                        |    |                                                                                                                          |    | 居宅介護支援事業所<br>地域包括支援センター                                  |    |    |                              |   |                                 |
| 介護者の状況                                 |    | 障害の内容                                                                                                                    |    |                                                          |    |    |                              |   |                                 |
| 現病歴                                    |    |                                                                                                                          |    | 住環境 自宅・借家・一戸建て・集合住宅                                      |    |    |                              |   |                                 |
| 既往歴                                    |    |                                                                                                                          |    | 自室の有無( )階、住宅改修の有無( )                                     |    |    |                              |   |                                 |
|                                        |    |                                                                                                                          |    | 総合事業対象者<br>介護度 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5<br>認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日 |    |    |                              |   |                                 |
| 主治医                                    |    |                                                                                                                          |    |                                                          |    |    |                              |   |                                 |
| ADLの状況(該当するものに○をつける)                   |    |                                                                                                                          |    | 日常生活自立度                                                  |    |    |                              |   |                                 |
|                                        | 移動 | 食事                                                                                                                       | 排泄 | 入浴                                                       | 着替 | 整容 | (自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2) |   |                                 |
| 自立                                     |    |                                                                                                                          |    |                                                          |    |    | 認知症性老人の自立度,                  |   |                                 |
| 一部介助                                   |    |                                                                                                                          |    |                                                          |    |    | (自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ)       |   |                                 |
| 全介助                                    |    |                                                                                                                          |    |                                                          |    |    | ADL特記事項                      |   |                                 |
| その他                                    |    |                                                                                                                          |    |                                                          |    |    |                              |   |                                 |
| 生活状況                                   |    |                                                                                                                          |    | 生活歴・趣味等                                                  |    |    |                              |   |                                 |
| 週間スケジュール                               |    | 月                                                                                                                        | 火  | 水                                                        | 木  | 金  | 土                            | 日 | 一日のリズム<br><br>AM _____ PM _____ |
|                                        | 午前 |                                                                                                                          |    |                                                          |    |    |                              |   |                                 |
|                                        | 午後 |                                                                                                                          |    |                                                          |    |    |                              |   |                                 |
| 経済状況<br>国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護            |    |                                                                                                                          |    | 本人の希望・意向                                                 |    |    |                              |   |                                 |
| 障害等認定<br>身障( 種 級)<br>療育( 区分)<br>精神( 級) |    |                                                                                                                          |    | 家族の希望・意向                                                 |    |    |                              |   |                                 |