

フリガナ		性別	男 ・ 女				
氏名	様	生年月日	M T S	年	月	日	
住所	〒 -						
電話番号							
被保険者番号							
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				
介護度	要支援	1	2	要介護度	1	2 3 4 5	

連絡先 (家族)	フリガナ		続柄	
	氏名	様		
	住所	〒 -		
緊急連絡先電話番号			続柄	

【事業所名】	【担当者】				
【事業所連絡先】	TEL	FAX			
【利用希望日】	月	火	水	木	金
【利用開始日】	平成	年	月	日	~
【送迎希望】	有	無			
【サービス希望】	入浴	口腔機能向上活動			
【感染症の有無】	有	無 (主治医意見等の確認で可能)			

身体状況

食事	自立	見守り	一部介助	全介助	使用するもの： 箸 スプーン フォーク エプロン その他 ( )	
	主食	普通	全粥	ミキサー	特記事項	
	副食	普通	一口大	刻み		
歩行	自立	見守り	一部介助	全介助	〈移手段〉 杖 車椅子 歩行器 その他	
排泄	自立	見守り	一部介助	全介助	〈使用するもの〉 パット リハビリパンツ 尿器 (トイレ Pトイレ) 布パンツ その他 ( )	
入浴	自立	見守り	一部介助	全介助	〈入浴形態〉 一般浴 個浴 機械浴 (座位) シャワーのみ 入浴しない	
麻痺	(有 ・ 無)				備考	
視力障害	(有 ・ 無)					
聴力障害	(有 ・ 無)					
言語障害	(有 ・ 無)					

精神状況

認知症 (有 ・ 無)	意思疎通 (できる ・ できない)
-------------	-------------------