

利用者 情報提供書

作成日 年 月 日

基本情報					
ふりがな		性別	男・女	身長	cm 体重 kg
名前		生年月日	年 月 日(歳)		
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度		自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度		自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
障害等認定	身障() 療育() 精神() 難病() その他()				
医療情報					
かかりつけ医		主治医		TEL	
病歴					
服薬状況					
サービス利用状況・生活状況					
サービス 利用状況					
生活歴					
介護状況					
住環境	自宅・借家 一戸建て(1階・2階)・集合住宅(階)				
	エレベーター：有・無				
	駐車場：有・無		整地・不整地()		
	住宅改修の必要性：有・無				
	その他：				
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護				
	生活保護の場合	担当：	連絡先：		
介護者	介護者の有無		有・無		
	介護者の仕事の有無		有(週 回)・無		
	介護費用の負担		本人・主介護者・その他() 軽い・やや軽い・普通・やや重い・重い		

ADL			
立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	備考：	
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	備考：	
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	補助具： <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす	
	ご自身の車いす： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	転倒歴： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 転倒場所()	
	備考：		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	嚥下： <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	制限： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	栄養状況： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不明		
	食形態：		アレルギー：
	義歯： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	水分とろみ： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	自助具：
	備考：		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	備考：	
	<input type="checkbox"/> 制限あり <input type="checkbox"/> 制限なし		
排泄	排泄動作： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助		尿・便意： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	日中： <input type="checkbox"/> 布パン <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リバパン <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 尿瓶		
	夜間： <input type="checkbox"/> 布パン <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リバパン <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 尿瓶		
	備考：		
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	備考：	
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	備考：	
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	備考：	
IADL			
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	備考：	
掃除・洗濯			
調理			
買い物			
金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	備考：	
健康状態			
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	程度：	
疼痛	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	箇所：	
関節拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	箇所：	
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	箇所：	
認知症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	HDS-R 点	診断あれば記載：
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	補聴器： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	備考：
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	備考：	
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	備考：	
意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	備考：	