

医療等の 必要性	・感染症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無・医療用具の使用 <input type="checkbox"/> ・バルーン <input type="checkbox"/> ・人工肛門 <input type="checkbox"/> ・在宅酸素 <input type="checkbox"/> ・インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ・人工透析 <input type="checkbox"/> ・経管栄養 <input type="checkbox"/> ・褥瘡(とこずれ)・その他 ()
現在の居 所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院等に入居(入院)している 施設名 _____ 所在地 _____。 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 入所(入院) 退所(退院) 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 退院(退所) 済・予定

2. 居宅介護支援事業所

ご利用中の居 宅介護支援事 業所名	事業所名: 担当介護支援専門員氏名:
-------------------------	-----------------------

3. 主たる介護者の情報

フリガナ		性別	男・女	本人との関係	
氏名		生年月日	大・昭・平	歳	年 月 日
住所	〒 _____				
電話	自宅	携帯			
同居区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> 同居する予定 <input type="checkbox"/> 別居する予定				
お勤め状況	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 無職			週労働時間	時間

4. ご本人様の自宅での1日の過ごし方を教えてください。

6時	8時	10時	12時	14時	16時	18時	20時	22時

・1週間の過ごし方を教えてください。

・ご本人は若いころどのような仕事(いつ頃まで)、またどのようなことをなさってきましたか？

・ご本人の趣味嗜好楽しみごとがあればご記入ください。いつ頃までされていましたか

・ご本人の性格と、注意すべき事項があればご記入ください。

5. ご本人の住宅の状況について教えてください。該当するものに○をしてください。

住居の形態	持ち家・借家		平屋・2階建て・マンション	間取り	DK
	本人居室	有(専用・兼用)・無	和室(畳)・洋室(フローリング)	布団・ベッド	
		広さ	畳	トイレ	和式・様式・Pトイレ・その他()

ご本人が主に過ごされている部屋の間取りを簡単に描いてください。

定規を使って書く必要はありません。ベッドの位置などわかる範囲でお願いします。

例		
---	---	--