

心身等状況確認表

相談を受けた日／令和 年 月 日

申込者

担当者氏名

本人	住所	電話 () -
	氏名	生年月日 □M□T□S 年 月 日 (歳)
居宅		担当 CM

介護者の状況	※必要者のみ記入							
	介護者名 _____ 続柄 _____ 年齢 _____ 歳							
	同別居	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	(連絡先	TEL ()	-)		
	健康状態	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> 悪い	(病名				
	就労状況	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(<input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤)				
その他								
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
	介護保険サービス (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中)							
	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	<input type="checkbox"/> 訪問介護					
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 訪問入浴					
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活	<input type="checkbox"/> 短入療養						
	<input type="checkbox"/> 福祉用具							
<input type="checkbox"/> その他								
身体状況	麻痺	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	上肢 (<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左)	下肢 (<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左)	状況 ()		
	拘縮	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	部位 ()			状況 ()	
	視力障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有					状況 ()
	聴力障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	補聴器 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)			状況 ()	
	言語障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有					状況 ()
	嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	口腔状態	<input type="checkbox"/> 良し	<input type="checkbox"/> 悪い	状況 ()	
	特記	()						状況 ()
ADL	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	状況 ()		
	特記⇒							
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	状況 ()		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	状況 ()		
	特記⇒	()						
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	状況 ()		
	特記⇒	()						
	着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	状況 ()		
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	状況 ()		
	<input type="checkbox"/> 嗜好	<input type="checkbox"/> 酒	<input type="checkbox"/> たばこ					

I A D L	調理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	掃除	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	買物	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	洗濯	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
医療状況	既往歴	感染症 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ()			
	現病歴				
	主治医	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ()			
認知症状	困っていること、目立つ行為				
医療処置	<input type="checkbox"/> ペースメーカー				
	<input type="checkbox"/> I V H				
	<input type="checkbox"/> 在宅酸素				
	<input type="checkbox"/> 吸痰				
	<input type="checkbox"/> インスリン注射				
	<input type="checkbox"/> 血糖測定				
	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養				
	<input type="checkbox"/> 胃瘻				
	<input type="checkbox"/> 人口肛門 (ストーマ)				
	<input type="checkbox"/> 膀胱留置 カテーテル				
相談内容、家族状況					