

○家族構成（同一世帯の全員の方についてご記入ください。）

氏名	続柄	性別	生年月日	職業(勤務先)	電話番号(勤務先)
		男・女	明・大 昭・平 年 月 日生		() -
		男・女	明・大 昭・平 年 月 日生		() -
		男・女	明・大 昭・平 年 月 日生		() -
		男・女	明・大 昭・平 年 月 日生		() -

○別居の親族(親・兄妹・子・その他の親戚)

氏名	住所	続柄	性別	電話番号
			男・女	() -
			男・女	() -
			男・女	() -

○介護の状況

身寄りがないなど、介護をする者が全くいない。
 身寄りが離れて住んでいる又は病院に長期入院中などのため、事実上介護をする者がいない。
 ⇒具体的状況 ()
 主に介護をする者が次の事情に該当するため、十分な介護が困難である。
 ・主たる介護者の氏名() 本人との続柄()
 ・該当事由(主たる介護者の状況で当てはまる項目にチェック)
 ⇒要介護：介護度() 障害：程度()
 病気：病名() 高齢(70歳以上)：年齢()歳
 就業：勤務先() 育児：児童年齢()歳
 複数介護：被介護者の状況()
 その他()
 ※介護を補助する同居者(介護補助可能な18歳以上の者)の有無 (有 ・ 無)
 上記以外

○日常生活動作について

移動	・自立(独立・杖・歩行器) ・車椅子(自操・介助) ・不可
食事	・自立 ・一部介助 ・全介助(形態) ・経管栄養
排泄	・自立(トイレ・ポータブルトイレ) ・一部介助(トイレ・ポータブルトイレ) ・全介助(トイレ・ポータブルトイレ・差込み) ・不可(オムツ使用)
入浴	・自立 ・一部介助 ・全介助(形態)
着脱衣	・自立 ・一部介助 ・全介助
起座	・自立 ・一部介助 ・全介助 ・不可
寝返り	・自立 ・一部介助 ・全介助 ・不可

○心身の状況について

視力障害	・無 ・弱視(左・右) ・全盲
聴力障害	・無 ・やや難聴(左・右) ・難聴
言語障害	・無 ・少し不自由 ・不自由
会話	・普通 ・どうにか可 ・不可
歯の障害	・無 ・一部義歯 ・総義歯
失禁	・有 ・無
床ずれ	・有 ・無
徘徊	・有(居室内 ・屋内 ・屋外) ・無

○主な病歴

年月	内容	年月	内容

○指定居宅介護支援事業所及び担当ケアマネージャー氏名

事業所名		担当ケアマネージャー氏名	
------	--	--------------	--

○備考（上記以外で、特に伝えたい内容等ございましたらご記入ください。）

--