

記載日 年 月 日

申請者（患者氏名） _____ 記入者名 _____ （続柄 _____）

介護保険（介護度） _____ （認定有効期間 年 月 日～ 年 月 日）

◆経過・既往など◆

現在、継続的に診療を受けたり、治療を受けている病院・診療所（医院）がありますか。

今までにかかった大きな病気を記入してください。（いつ頃、病気・手術・骨折など）

◆心身の状態に関すること◆

1. 日常生活における身体的状態はどれに近いですか（選んでご回答ください）

□ 自立	□ 身体状態は問題ない			
	□ 多少不自由なことはあるが、バスなどを利用して外出できる			
	□ 多少不自由なことはあるが、隣近所なら外出できる			
□ 準寝たきり	□ 車イスを使わない	□ 日中はベットから離れている		
		□ 日中寝たり起きたりしている		
	□ 車イスを使う	車イスに自分で	□乗れる	□乗れない
		自分で車イスを操作	□できる	□できない
□ 寝たきり	寝返りが	□できる	□できない	

2. 日常生活における精神的状態

- 道に迷う はい いいえ
- 買い物で間違う はい いいえ
- 電話の対応ができる はい いいえ
- 食事が上手にできる はい いいえ
- 排泄が上手にできる はい いいえ
- 夜間にも介助が必要 はい いいえ

3. 次の中で症状がある項目にチェックしてください。

- 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行
- 介護への抵抗 徘徊 火の不始末 不潔行為 異食行動
- 性的問題行動 その他（ _____ ）

◆身体の状態◆

利き手は 右 左

身長 _____ cm 体重 _____ kg (おおよそで結構です)

- | | | | | |
|------------------------|----|---|----|-------------|
| 手・足・指などに欠損はありませんか | ない | ・ | ある | (部位: _____) |
| 麻痺や力が入らず、不自由なところがありますか | ない | ・ | ある | (部位: _____) |
| 筋力の低下はありますか | ない | ・ | ある | (部位: _____) |
| 関節が動きにくく、不自由なところがありますか | ない | ・ | ある | (部位: _____) |
| 関節の痛みはありますか | ない | ・ | ある | (部位: _____) |
| 自分の意思ではない体の動きはありますか | ない | ・ | ある | (部位: _____) |
| 床ずれ(褥瘡)がありますか | ない | ・ | ある | (部位: _____) |
| 皮膚の病気を持っていますか | ない | ・ | ある | (部位: _____) |

◆生活機能◆

- 屋外を歩けますか 歩ける 介助があれば歩ける 歩けない
- 杖などを使用していますか 用いている (屋外・屋内・両方) 用いてない
- 尿パッド、紙パンツ、おむつを使用していますか 用いている 用いてない

◆栄養・食生活◆

- 食事は自分でできますか できる ・ 何とか ・ できない
- 体重は増加傾向ですか 増加傾向 ・ 変わらない ・ 減少傾向
- むせますか むせない ・ むせる (いつも・時々)

◆介護保険で福祉用具貸与が必要ですか？

- 不要
- 必要 介護用ベッド ・ 車椅子 ・ その他 (_____)

◆現在、介護する家族が困っていることがあればお書きください◆

◆どのようなサービスをご希望ですか？

またそのサービスを利用すれば、本人の機能や生活の質が向上すると思いますか◆

(近日中に市町村の訪問調査員による確認があります)