

同居家族の状況

力ナ			性男 別女	生年月日	大・昭・平 年 月 日	
氏名				続柄		
				血液型	型 RH +-	
かかりつけ の医療機関	名称			電話		
	名称			電話		
居宅介護支援事業所	名称			担当者		
障害の程度	級 (ない場合は記入不要)	障害名	(ない場合は記入不要)			

主な病歴

病名	該当する番号に○をしてください。(入院歴のある病名は◎)					
	1 心臓疾患	2 脳卒中後遺症	3 呼吸器の病気	4 腎臓病	5 高血圧	
	6 肝臓病	7 糖尿病	8 胃腸病	9 リューマチ・神経痛・関節炎		
	10 白内障	11 骨折	12 その他()			
現在、()病)で、()病院)に、 (1. 週2～3回以上 2. 週1日程度 3. 月1回程度)通院中です。						

身体及び日常生活動作等の状況(該当する項目に○をしてください。)

視力	1 普通に見える	2 見えにくい	3 全く、ほとんど見えない		
聴力	1 普通に聞こえる	2 大声ならわかる	3 全く、ほとんど聞こえない		
日常生活動作等の状況	言語	1 普通に話せる	2 ややはっきりしない	3 やっと他人に通じる	4 全く、ほとんど話せない
	用便	1 ひとりで普通に便所できる	2 簡易便器があればひとりでできる	3 介助があれば簡易便器できる	4 常時おむつを使用している
	入浴	1 ひとりで普通に入れる	2 ゆっくりだが何とか自分できる	3 洗うときや浴槽の出入りに介助を要する	4 全面的に介助を要する
	歩行	1 ひとりで普通に歩ける	2 杖等を使用し、時間がかかるが自分で歩ける	3 付添が手や肩を貸せば歩ける(車椅子の使用可)	4 歩行不能
	行動範囲	1 遠くへも出かける	2 ごく近所まで	3 自宅内のみ	4 ねたきり
備考					