

同居家族の状況

カ ナ				性 別	男 女	生年月日	明・大・昭	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()							
現在は、()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	
-----	--