介護保険番号		要介護度	日常生活自立度	認知症高齢者	障害高齢者

居宅介護支援事業所		ご担当介護支援専門員	

TEL		FAX		e-mail	

現在利用中のサービスと頻度				その他利用サービス:
	一般ディ		回/週	
	認知症ディ		回/週	
	訪問介護		回/週	
	ショートステイ		日/週	
			/	

身体状況について		
	・歩行	独歩 ・ 見守れば可 ・ 伝い歩き 歩行介助 ・ 歩行不可
	・移動補助具	使っていない ・ 使っている (杖 ・ 車椅子 ・ 歩行器)
	・排泄介助	不要 ・ 一部介助 ・ 全介助 紙パンツ・紙パット・紙オムツ
	・食事 主食	普通・粥・( )
	副食	普通・キザミ・( )
	・食事介助	不要 ・ 一部介助 ・ 全介助
	・入浴介助	不要 ・ 一部介助 ・ 全介助
	・着替え介助	不要 ・ 一部介助 ・ 全介助
	・夜のご様子	よく眠っている ・ あまり眠れない 睡眠薬等(あり ・ なし)
	・お薬について	ご自分で飲んでいる 準備 or 介助 が必要

病気に関する情報 これまでにかかったご病気や現在治療中の病気	ご病気名	年/月	(記入例)脳梗塞	2003/9

病気に関する特記事項	

アレルギー	有 ・ 無	

備考欄(認知症の程度等できるだけ詳細に)