

フリガナ		性別	男 ・ 女						
氏名	様	生年月日	M T S	年	月	日			
住所	〒 -								
電話番号									
被保険者番号									
障害高齢者の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度							
介護度	要支援	1	2	要介護度	1	2	3	4	5

連絡先 (家族)	フリガナ		続柄	
	氏名	様		
	住所	〒 -		
緊急連絡先電話番号			続柄	

【事業所名】					【担当者】	
【事業所連絡先】	TEL				FAX	
【利用希望日】	月	火	水	木	金	
【利用開始日】	令和	年	月	日	~	
【送迎希望】	有	無				
【サービス希望】	入浴	口腔機能向上活動				
【感染症の有無】	有	無	(主治医意見等の確認で可能)			

身体状況

食事	自立	見守り	一部介助	全介助	使用するもの： 箸 スプーン フォーク エプロン その他 ()	
	主食	ご飯	軟飯	お粥	ミキサー	特記事項
	副食	普通	一口大	やわらか	ソフト	
歩行	自立	見守り	一部介助	全介助	<移動手段> 杖 車椅子 歩行器 その他	
排泄	自立	見守り	一部介助	全介助	<使用するもの> パット リハビリパンツ 尿器 (トイレ Pトイレ) 布パンツ その他 ()	
入浴	自立	見守り	一部介助	全介助	<入浴形態> 一般浴 個浴 機械浴 (座位) シャワーのみ 入浴しない	
麻痺	(有 ・ 無)				備考	
視力障害	(有 ・ 無)					
聴力障害	(有 ・ 無)					
言語障害	(有 ・ 無)					

精神状況

認知症 (有 ・ 無)	意思疎通 (できる ・ できない)
---------------	---------------------