

サービス相談票

ご利用者情報		記入日		年	月	日			
フリガナ				住所 〒					
氏名				電話 ()					
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 () 歳			家族構成等					
要介護度	要支援・要介護 1 2 3 4 5								
認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日								
主介護者	同居・別居 関係 ()								
主介護者 連絡先	名前								
	住所								
	電話								
サービス 利用状況	訪問介護 回/週 通所デイ 回/週								
	訪問看護 回/週 通所リハ 回/週								
	訪問リハ 回/週 ショート 回/週								
経済状況等	住宅改修 福祉用具レンタル			住環境等			一戸建て・集合住宅		
	年金 (有・無)						持ち家・賃貸 (公・私)		
	不明・生保						EV (有・無)		
主治医	病院名			寝たきり度		自立、J1・2、A1・2、B1・2、C1・2			
	電話			認知度		自立 I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M			
	診療科目			身障		種 級 年交付			
	主治医			愛		度 年交付			
				精神		級 年交付			
既往歴	脳梗塞・高血圧・心筋梗塞・糖尿病・心不全・骨粗鬆症・リウマチ・パーキンソン・その他 ()								
疾患の経過及び生活歴等									
薬の有無	有 (朝・昼・夕・就寝) ・ 無			備考					
ADL	歩行	動作	排泄	会話	見る	食事	入浴	更衣	
	自立	起立可	自立	健常	健常	自立	自立	自立	
	見守り	座位可	声かけ	少し難	少し難	声かけ	見守り	声かけ	
	要介護	寝返り	要介護	大分難	大分難	一部介助	要介護	一部介助	
	不可	常時臥床	オムツ	不可	不可	全介助	清拭等	全介助	
備考									
精神症状	有・無	診断名			問題行動				
利用者と家族の訪問リハビリに対するニーズ									
居宅介護 支援事業者	事業者名			担当ケアマネージャー					
	住所								
	電話			FAX					