

令和 年度 個人別状況票 [特養：SS]
[居宅：GH]

送迎距離 Km
令和 年 月 日 現在

ふりがな 氏名	保険証番号	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護	期間	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
介護保険負担割合	割	介護保険負担限度額	食費	多床室
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 (種 級)	県第 号	生計	<input type="checkbox"/> 年金 ()
障 害 名				
基本 情報	住 所 現住所 本籍	Tel		
	身元引受人 ケアマネ 広報掲載	氏名 () 事業所 CM	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他	Tel
緊急 連絡先	氏 名	続柄	住 所	電 話
	①			
	②			
	③			
身体 状況・ 日常生 活活動 作の 状況	体格	<input type="checkbox"/> 大きい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 小さい 身長 (cm) 体重 (kg)	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> つかまり <input type="checkbox"/> 歩行器 ()
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 眼鏡 (<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 随時)	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 便意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 尿意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 下剤 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 ()	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 主食 <input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 軟 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> 経管流動食
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少不自由 <input type="checkbox"/> 不自由 ()	トロミ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー
	口腔	<input type="checkbox"/> 自歯 (<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 義歯 () 義歯の保管 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 器具 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク 好物 () 嫌物 ()
	褥瘡 浮腫	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> チェア <input type="checkbox"/> 特浴 ()
	おむつ の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ) <input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> 尿取り <input type="checkbox"/> 紙パンツ ()	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()
	性格	<input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> こり性 <input type="checkbox"/> 自分のことを気にしやすい <input type="checkbox"/> 人にとけこめない <input type="checkbox"/> 好き嫌いが多い <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 融通がきかない <input type="checkbox"/> 穏やか		
	対人	<input type="checkbox"/> 拒否的である <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 不明 ()		
	精神	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 精神障害あり ① <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度 () ② <input type="checkbox"/> 心気症状 ③ <input type="checkbox"/> 不安 ④ <input type="checkbox"/> 焦燥 ⑤ <input type="checkbox"/> 抑うつ状態 ⑥ <input type="checkbox"/> 興奮 ⑦ <input type="checkbox"/> 幻覚 ⑧ <input type="checkbox"/> 妄想 ⑨ <input type="checkbox"/> せん妄 ⑩ <input type="checkbox"/> 睡眠障害 ⑪ <input type="checkbox"/> その他 ()		
特記 事項	<input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ () <input type="checkbox"/> ベッド柵 (介助バー)			

在宅サービス	年 月 日	施設入所日	年 月 日
問題	問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
既往 歴 現 病 名	《内服》ない場合は、なしを記入		
主治 医	① 科 先生 Tel ② 病院 科 先生 Tel		
生活 歴 など	(出生地・最終学歴・婚姻歴・就労・趣味嗜好など)		
家族・ 親族 構成、 居室 の状況 など			

(担当者：) (記録者：) 社会福祉法人 和光会