

申請理由(利用者の状態と家庭介護の状況)

家族構成(同一生計者)

氏名	続柄	性別	生年月日	住所・電話番号	備考

同居していない家族

氏名	続柄	性別	生年月日	住所・電話番号	備考

本人の状態

移動	1人で歩ける・杖・シルバーカー 手引きで歩ける・車椅子	視力	1m先見える・先見えない
食事	1人で食べれる・1人で食べれない 経管栄養(鼻腔・胃ろう) 主食---ご飯・粥・ミキサー 副食---普通・刻み・ミキサー 水分---お茶・牛乳・ヨーグルト 義歯---無・有(上・下・部分)残存歯 無・有	聴力	聞こえる 聞こえない(補聴器 有・無)
		言語	普通 失語症(単語なら分かる・全く分からない・筆談)
		麻痺	無・有
排泄	トイレ・PTイレ・オムツ・フォーレ・尿器 リハビリパンツ・パット 尿意・便意	備考	
入浴	一般浴・機械浴		

精神状態 認知症 無・有

- 1.物忘れ 2.不安 3.不穏 4.興奮 5.幻覚
6.妄想 7.不潔行為 8.昼夜逆転 9.攻撃行為 10.徘徊(屋内・屋外)

担当介護 支援専門員	氏名		連絡先	電話 ()
	事業所名			