

1 緊急時対応

本人	フリガナ					呼び名		
	氏名					生年月日		
	現住所所在地	〒				血液型		型
	電話番号	自宅		勤務先		(そのほか)		歳

緊急時対応								
-------	--	--	--	--	--	--	--	--

緊急連絡先	順	続柄	氏名	生年月日	年齢	連絡先 (自宅、携帯、会社の場合は会社名)		
	1					自宅		携帯
	2							
	3							
	4							
	5							
	6							

関係機関	主治医	所属機関名					担当者		
		電話番号			FAX番号			時間外連絡先	
	緊急時搬送先	所属機関名					担当者		
		電話番号			FAX番号			時間外連絡先	
	かかりつけ医	所属機関名					担当者		
		電話番号			FAX番号			時間外連絡先	
	訪問看護	所属機関名					担当者		
		電話番号			FAX番号			時間外連絡先	
		所属機関名					担当者		
		電話番号			FAX番号			時間外連絡先	
		所属機関名					担当者		
		電話番号			FAX番号			時間外連絡先	
		所属機関名					担当者		
		電話番号			FAX番号			時間外連絡先	
		所属機関名					担当者		
		電話番号			FAX番号			時間外連絡先	
	所属機関名					担当者			
	電話番号			FAX番号			時間外連絡先		

↑訪問ヘルパー、短期入所、生活介護、訪問リハビリなどを記入してください。

2 心身の状況

基礎	身長	cm	平熱	夏場	°C	血圧	上	mmHg	心拍数	回/分
	体重	kg		冬場	°C		下	mmHg	SP02	%

疾病 状況	診断名	処方箋
	既往歴	薬品名 頻度・量
	<input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 痙攣・てんかん <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 (                      )	
	特別な処置、治療	
	飲んではいけない薬・アレルギー	

身体 状態	
----------	--

特 に 注 意	
------------------	--

項目	詳細										
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> NPPV <input type="checkbox"/> TPPV    機種:                      取扱会社名: <input type="checkbox"/> 全く外せない。 <input type="checkbox"/> ( )分程度外せる。 <input type="checkbox"/> ( )時間程度外せる。 <input type="checkbox"/> その他 (                      ) 換気モード (                      ) 設定値: (ipap:                      ) (epap:                      ) (呼吸回数:                      ) (吸気時間:                      ) 酸素の使用 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (                      ℓ/分)    普段のSpO2 (                      %) その他 (                      )										
<input type="checkbox"/> 酸素のみ	流量 (                      ℓ/分) <input type="checkbox"/> 鼻カニューレ <input type="checkbox"/> 酸素マスク <input type="checkbox"/> オキシベント SpO2 (                      %)										
<input type="checkbox"/> 気管カニューレ	カニューレ交換頻度:                      最終交換日:                      月                      日 商品名:                      サイズ: カフ: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (カフエア                      cc)    カフエアチェックの頻度 (                      ) Yガーゼ交換: 頻度 (                      ) 気切孔周囲のケア方法 (                      )										
<input type="checkbox"/> 吸引	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 口腔内吸引</td> <td>チューブのサイズ: (                      Fr)    吸引圧 (                      :単位を必ず記入) 頻度 (                      )    その他 (                      )</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 鼻腔内吸引</td> <td>チューブのサイズ: (                      Fr)    吸引圧 (                      :単位を必ず記入) 頻度 (                      )    その他 (                      )</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 気管内吸引</td> <td>チューブの種類 (                      )    サイズ (                      Fr)    吸引圧 (                      ) 頻度 (                      )    その他 (                      )</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> サイドチューブ</td> <td>吸引圧 (                      )    頻度 (                      )</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 低圧持続吸引</td> <td>吸引の場所 (                      )    頻度 (                      )</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 口腔内吸引	チューブのサイズ: (                      Fr)    吸引圧 (                      :単位を必ず記入) 頻度 (                      )    その他 (                      )	<input type="checkbox"/> 鼻腔内吸引	チューブのサイズ: (                      Fr)    吸引圧 (                      :単位を必ず記入) 頻度 (                      )    その他 (                      )	<input type="checkbox"/> 気管内吸引	チューブの種類 (                      )    サイズ (                      Fr)    吸引圧 (                      ) 頻度 (                      )    その他 (                      )	<input type="checkbox"/> サイドチューブ	吸引圧 (                      )    頻度 (                      )	<input type="checkbox"/> 低圧持続吸引	吸引の場所 (                      )    頻度 (                      )
<input type="checkbox"/> 口腔内吸引	チューブのサイズ: (                      Fr)    吸引圧 (                      :単位を必ず記入) 頻度 (                      )    その他 (                      )										
<input type="checkbox"/> 鼻腔内吸引	チューブのサイズ: (                      Fr)    吸引圧 (                      :単位を必ず記入) 頻度 (                      )    その他 (                      )										
<input type="checkbox"/> 気管内吸引	チューブの種類 (                      )    サイズ (                      Fr)    吸引圧 (                      ) 頻度 (                      )    その他 (                      )										
<input type="checkbox"/> サイドチューブ	吸引圧 (                      )    頻度 (                      )										
<input type="checkbox"/> 低圧持続吸引	吸引の場所 (                      )    頻度 (                      )										

2 心身の状況

医療的ケアに関すること	□	経管栄養	□経鼻栄養      サイズ:(      Fr) 挿入の長さ:(      cm) その他(      )
			□胃ろう      □バンパータイプ      □バルーンタイプ(固定水      cc)
			□腸ろう      □その他(      )
			チューブの交換頻度:      最終交換日:      月      日
			注入のスケジュール(栄養剤の種類・量、白湯等の量、注入の時間、ポンプ使用等の詳細)
□	吸入	吸入薬名(      )      吸入頻度(      )	
□	浣腸	グリセリン浣腸液(      )ml/回      頻度(      )下剤の使用(      ) 姿勢(      )      最終日(      )	
□	導尿	使用しているカテーテルの種類(      )      サイズ(      ) スケジュール      □定時(      )      □臨時(      )	
□	その他		

視聴覚の状況	視力		聴力	
	眼鏡	□ 有      □ 無	難聴	□ 有 ( 右 左 )      □ 無
	コンタクト	□ 有      □ 無	補聴器	□ 有 ( 右 左 )      □ 無
	→ 日常生活に支障	□ 有      □ 無	→ 日常生活に支障	□ 有      □ 無
	特記事		特記事	

精神状態	
------	--

コミュニケーションの取り方	
---------------	--

2 心身の状況

体調等	<u>体調を保つために気をつけていること</u>	<u>体調が悪くなる時の兆候などとその時の対処法</u>

発作	<input type="checkbox"/> 無	<u>状態・様子</u>	<u>その時の対応</u>
	<input type="checkbox"/> 有		

拘縮・マヒ等	<input type="checkbox"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 下肢	<u>詳細</u>
	<input type="checkbox"/> 四肢	(部位: )	
	<input type="checkbox"/> 片麻痺	( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 )	
	<input type="checkbox"/> 痛みを伴う等		

褥瘡	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 仙骨部	<u>ケアの仕方</u>
	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 耳たぶ	<input type="checkbox"/> かかと	
		<input type="checkbox"/> 肘		
		<input type="checkbox"/> その他( )		

皮膚	<u>ケアの必要</u>	<u>ケアの仕方</u>
	<input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 有	

補装具	<input type="checkbox"/> 無	<u>補装具の種類</u>	<u>使い方</u>
	<input type="checkbox"/> 有		
		<u>メンテナンス・更新</u>	

衣類など	<u>衣類(上)</u> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> 他	<u>靴や靴下</u> _____ cm
	<u>衣類(下)</u> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> 他	<u>おむつ等(種類、サイズ等)</u>

その他	
-----	--

3 日常生活動作

自宅での主な生活の場所 <input type="checkbox"/> 布団上 (臥位・座位) <input type="checkbox"/> ベッド上 (臥位・座位) <input type="checkbox"/> 車椅子上 <input type="checkbox"/> 寝床以外 (臥位・座位) 場所[ ] <input type="checkbox"/> その他[ ]				
寝床の種類 <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド ベッドのタイプ[ ] ベッドの高さ[ ] マットの固さ[ ] <input type="checkbox"/> 立ち上がり用バー <input type="checkbox"/> カひも <input type="checkbox"/> ベッドスペーサー <input type="checkbox"/> その他[ ]				
寝床及び寝床周囲の環境についての留意点				
	自立	一部介助	全介助	具体的方法
寝返り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
起きあがり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
座位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
立位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
移動の方法(屋内) <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 這う <input type="checkbox"/> 車椅子自立 <input type="checkbox"/> 車椅子介助 <input type="checkbox"/> 抱えてもらう <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 [ ]				
起居・移動関連用具(屋内) <input type="checkbox"/> 立ち上がりバー <input type="checkbox"/> カひも <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 一本杖 <input type="checkbox"/> ロフトランド <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 電動車椅子 <input type="checkbox"/> その他 [ ]				
特記事項				
移動の方法(屋外) <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 這う <input type="checkbox"/> 車椅子自立 <input type="checkbox"/> 車椅子介助 <input type="checkbox"/> 抱えてもらう <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 [ ]				
起居・移動関連用具(屋外) <input type="checkbox"/> 立ち上がりバー <input type="checkbox"/> カひも <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 一本杖 <input type="checkbox"/> ロフトランド <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 電動車椅子 <input type="checkbox"/> その他 [ ]				
特記事項				

姿勢

3 日常生活動作

食事	場所	<input type="checkbox"/> 居室以外の食卓 <input type="checkbox"/> 居室の食卓 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 布団上 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 座位保持椅子					
	姿勢	<input type="checkbox"/> 起座位 <input type="checkbox"/> 座位(背もたれ要) <input type="checkbox"/> 半座位 <input type="checkbox"/> 側臥位 <input type="checkbox"/> 仰臥位 <input type="checkbox"/> その他[ ]					
	摂食動作	<input type="checkbox"/> 自立 [自助具の使用等と具体的方法] <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 [具体的方法]      ] <input type="checkbox"/> 咀嚼困難有 [ ] <input type="checkbox"/> 嚥下困難有 <input type="checkbox"/> 食思不良					
	食事種類	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> トロミ食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> 経口摂取以外 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 胃内留置カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他 嗜好等 ( )					
	詳細	1日の総量		1回の分量		回数	
		時間					
		内容					
	環境	<input type="checkbox"/> 家族と食べる <input type="checkbox"/> 一人で食べる <input type="checkbox"/> その他 [詳細]					
特記事項							

水分補給	場所	<input type="checkbox"/> 居室以外の食卓 <input type="checkbox"/> 居室の食卓 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 布団上 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 座位保持椅子					
	姿勢	<input type="checkbox"/> 起座位 <input type="checkbox"/> 座位(背もたれ要) <input type="checkbox"/> 半座位 <input type="checkbox"/> 側臥位 <input type="checkbox"/> 仰臥位 <input type="checkbox"/> その他[ ]					
	摂食動作	<input type="checkbox"/> 自立 [自助具の使用等と具体的方法] <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 [具体的方法]      ] <input type="checkbox"/> 嚥下困難有 <input type="checkbox"/> 食思不良					
	詳細	1日の総量		1回の分量		回数	
		時間					
		内容					
時間	<input type="checkbox"/> 欲しがった時 <input type="checkbox"/> 定時 <input type="checkbox"/> 他	方法・留意点等					

排泄	尿意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	便意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
	回数	[ ]回/日・[ ]時間毎	姿勢	<input type="checkbox"/> 立位 <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 臥位
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿・便器 <input type="checkbox"/> 電動尿器 <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> オムツ [種類]      ] <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ		
	排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 具体的方法・留意点		

移動・移乗	<input type="checkbox"/> 自立	具体的方法
	<input type="checkbox"/> 一部介助	
	<input type="checkbox"/> 全介助	
	<input type="checkbox"/> 他	

3 日常生活動作

整容	場所	<input type="checkbox"/> 洗面所	<input type="checkbox"/> ベッド上	姿勢	<input type="checkbox"/> 立位	<input type="checkbox"/> 起座位	<input type="checkbox"/> 座位(背もたれ要・不要)	<input type="checkbox"/> 臥位
	動作	洗顔	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 準備をすれば可能	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助		
		頻度	<input type="checkbox"/> 起床時	<input type="checkbox"/> 就寝前	<input type="checkbox"/> その他[ ]			
		具体的方法						
口腔ケア		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 準備をすれば可能	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助			
頻度	<input type="checkbox"/> 毎食後	<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夜	<input type="checkbox"/> その他[ ]			
具体的方法								
爪きり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助					
頻度及び特記事項								
整髪	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助					
具体的方法								

入浴・洗顔等	嗜好	<input type="checkbox"/> お風呂好き	<input type="checkbox"/> お風呂嫌い	<input type="checkbox"/> 熱湯好き	<input type="checkbox"/> ぬる湯好き	<input type="checkbox"/> 長湯好き		
	頻度	[ ]回/週・月 毎日						
	場所	<input type="checkbox"/> 浴室・浴槽	<input type="checkbox"/> 浴室・シャワー	<input type="checkbox"/> 移動入浴	<input type="checkbox"/> 施設入浴	<input type="checkbox"/> 清拭・部分浴		
	姿勢	<input type="checkbox"/> 起座位	<input type="checkbox"/> 座位(背もたれ要)			<input type="checkbox"/> 臥位		
	用具	<input type="checkbox"/> 手すり[設置場所 ]		<input type="checkbox"/> シャワーチェア(背もたれ有・無)				
		<input type="checkbox"/> バスボード	<input type="checkbox"/> すべ止めマット	その他[ ]				
	動作	<input type="checkbox"/> 浴室までの移動介助	<input type="checkbox"/> 入浴中の見守り	<input type="checkbox"/> 部分的な洗身・洗髪の介助				
<input type="checkbox"/> 更衣介助		<input type="checkbox"/> 浴槽への出入りの介助	<input type="checkbox"/> 全てに介助を要する					
浴室までの移動の具体的方法								
浴槽への出入りの具体的方法								
洗身・洗髪の具体的方法								
特記事項								

3 日常生活動作

更衣	姿勢	<input type="checkbox"/> 立位	<input type="checkbox"/> 起座位	<input type="checkbox"/> 座位(背もたれ要・不要)	<input type="checkbox"/> 臥位	
	動作	シャツなど上衣の更衣 具体的方法	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 誘導・指示等見守り	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		ズボンなど下衣の更衣 具体的方法	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 誘導・指示等見守り	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		ボタンかけ 具体的方法	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 誘導・指示等見守り	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		靴下の着脱 具体的方法	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 誘導・指示等見守り	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
特記事項						

介助配慮・注意事項	介助配慮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 照明 <input type="checkbox"/> 音 <input type="checkbox"/> 体位交換 <input type="checkbox"/> 関わり方 <input type="checkbox"/> 他	具体的方法・留意点
	その他注意事項	具体的方法・留意点		

外出時の留意点	外出時に携帯するもの					
	<input type="checkbox"/> 吸引器一式	<input type="checkbox"/> 酸素一式	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器一式	<input type="checkbox"/> 注入用品一式	<input type="checkbox"/> アンビューバッグ	
	<input type="checkbox"/> 薬	<input type="checkbox"/> タオル	<input type="checkbox"/> ひざかけ等	<input type="checkbox"/> SP02モニター	<input type="checkbox"/> パルスオキシメーター	
	<input type="checkbox"/> 食事用具	<input type="checkbox"/> ヘッドギア	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 補装具( )		
	<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> 尿とりパッド	<input type="checkbox"/> おしりふき	<input type="checkbox"/> 眼鏡	<input type="checkbox"/> 補聴器	
	<input type="checkbox"/> バスタオル	<input type="checkbox"/> 予備の着替え	<input type="checkbox"/> 他( )			
	外出、帰宅時の準備			備者		



3 家事の状況

買物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助で[詳細] ] <input type="checkbox"/> 家族が実施            [担当者]                    ] <input type="checkbox"/> 配達 [事業者・商店名:                    ] <input type="checkbox"/> ヘルパー[頻度] ] <span style="float: right;">頻度: ]</span>
調理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 簡単な調理可(暖める等)[詳細] ] <input type="checkbox"/> 家族が実施            [担当者]                    ] <input type="checkbox"/> ヘルパー[頻度] ] <input type="checkbox"/> 配食サービス [事業者名:                    ]                    頻度: ] <input type="checkbox"/> 出前の利用 [事業者名:                    ]                    頻度: ]
洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 家族が実施            [担当者]                    ] <input type="checkbox"/> ヘルパー[頻度]                    ]
掃除	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 家族が実施            [担当者]                    ] <input type="checkbox"/> ヘルパー[頻度]                    ]
特記事項	

4 パーソナリティ

更新日 .....

記入者 .....

生活 歴	
---------	--

性 格	<u>性格</u>	
	<u>好き</u>	<u>嫌い</u>
	<u>肯定の表現</u>	<u>否定の表現（ストレスを感じた時等）</u>
	<u>ストレスを感じているときの対処法</u>	

活 動	<u>趣味</u>	<u>社会交流</u>

そ の 他	<u>その他接し方の注意点（本当に注意してもらいたいこと等）</u>

5 家庭情報

手帳・保険情報	身体障害	番号	手帳	級	区分	
	知的障害	番号	手帳			
	精神障害	番号	手帳	級	区分	
	介護保険	番号				
	医療保険	番号	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 老人保健			
	国民年金手帳	番号				
	特定疾患医療受給者証	番号				
	診断名・障害の主たる原因					
その他特記事項						

家族構成							主介護者の状況		
							<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居    本人宅までの時間：		
							【就労状況】 <input type="checkbox"/> 就労無し <input type="checkbox"/> 就労有り 勤務時間帯、雇用形態等		
							【健康状態】 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 脆弱 <input type="checkbox"/> その他(            )		
	◎ 本人 <input type="checkbox"/> 男性    ○ 女性    — でつなぐ ● ■ 死亡                      ※同居者は○で囲む						心身状況		
	介護者の状況 <input type="checkbox"/> 主介護者のみ <input type="checkbox"/> 副介護者有り								
	続柄		氏名		同別居	生年月日	年齢	介護実施程度※	【介護内容】 <input type="checkbox"/> 家事全般 <input type="checkbox"/> 家事の一部 <input type="checkbox"/> 身体介護全般 <input type="checkbox"/> 身体介護の一部 <input type="checkbox"/> 通院、通所 <input type="checkbox"/> 外出 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 金銭管理
	特記事項								
	特記事項								
	特記事項								
	特記事項								
	特記事項						副介護者の状況		
	特記事項						<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居    本人宅までの時間：		
	特記事項						就労状況		
	特記事項						健康状態		
特記事項						介護内容			
※主介護者：主    副介護者：副    あまりできない：△    全くできない：×									

1日の流れ（在宅日）

	本人	家族	介護	医療	その他
0:00					
2:00					
4:00					
6:00					
8:00					
10:00					
12:00					
14:00					
16:00					
18:00					
20:00					
22:00					
0:00					

備考	
----	--

曜日	月	火	水	木	金	土	日
特記							
0:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							
5:00							
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00							
0:00							

7 家屋、周辺の状況

住居環境図	<u>間取り、どこに何があるのか等(写真、図)</u>
-------	-----------------------------

地域周辺地図、 駐車・駐輪場	<u>備考(駐車場利用方法等)</u>
-------------------	---------------------

# ケース概要



日付

担当者

フリガナ			生年月日			年齢			歳
氏名			現住所	〒					
電話番号	自宅			勤務先			(そのほか)		
診断名									
特別な処置治療									
飲んではいけない薬アレルギー									
生活歴									
障がい歴									
身体の状況									
日常生活動作	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 咀嚼困難有〔				
		<input type="checkbox"/> 経鼻栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> 腸ろう	<input type="checkbox"/> 胃内留置カテーテル	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養			
	水分補給	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 嚥下困難有 <input type="checkbox"/> 食思不良				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 他 ( )				
	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 他 ( )				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 他 ( )				
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 他 ( )				
更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 他 ( )					
医療的ケアに関すること									
関係機関関係者	主治医								
	緊急時搬送先								
	かかりつけ医								
	訪問看護								
現在受けているサービス									
活動	趣味				社会交流				
備考									

氏名	様	作成者	作成日
----	---	-----	-----

--	--	--	--