

家族・介護関係者のページ

ご家族かケアマネジャーの方が記入してください

記入日： 年 月 日 記入者： 関係：

ふりがな 名前			性別
			男・女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)		
生活状況	自宅・施設 (種別 ) (名称 )		
年金等受給 状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 厚生・共済年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
≪家族構成≫ <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居			
主介護者名	( 歳)	続柄：	同居・別居
(家族構成図)			
<input type="checkbox"/> ：男性 <input type="checkbox"/> ：女性 <input type="checkbox"/> ：死亡 <input type="checkbox"/> ：本人   現在の同居者は○で囲む			



ご家族かケアマネジャーの方が記入してください

記入日： 年 月 日

身長	cm	体重	kg
耳の聴こえ	難聴： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（右・左） 補聴器の使用： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（右・左）		
視力の障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（右・左）		
歩行状態	自立・杖・シルバーカー・車いす・寝たきり		
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（右・左） 利き手 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左		
禁忌薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（お薬名： ）		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（お薬： /食物： ）		
飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）ml/日×（ ）年間		
喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）本/日×（ ）年間（ ）年間禁煙		
習慣	（長年なじんだ習慣・好み・こだわり等）		
職業歴	現在： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） 職歴：		
最終学歴	<input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高校（旧制中学） <input type="checkbox"/> 大学		
性格	<input type="checkbox"/> 陽気 <input type="checkbox"/> 陰気 <input type="checkbox"/> まじめ <input type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> ほがらか <input type="checkbox"/> 優柔不断 <input type="checkbox"/> せっかち <input type="checkbox"/> その他		



ご家族かケアマネジャーの方が記入してください

**【かかりつけの医療機関】**

医療機関名①			
診療科名			
主治医		電話番号	

医療機関名②			
診療科名			
主治医		電話番号	

医療機関名③			
診療科名			
主治医		電話番号	

医療機関名④			
診療科名			
主治医		電話番号	

**【介護支援専門員】**  
(ケアマネジャー)

**【地域包括支援センター】**  
(シニアサポートセンター)

事業所名		事業所名	
電話番号		電話番号	
担当者		担当者	
事業所名		事業所名	
電話番号		電話番号	
担当者		担当者	

ご家族かケアマネジャーの方が記入してください

【その他利用している介護・看護サービス等】

事業所名		事業所名	
サービス種別		サービス種別	
電話番号		電話番号	
担当者		担当者	
事業所名		事業所名	
サービス種別		サービス種別	
電話番号		電話番号	
担当者		担当者	
事業所名		事業所名	
サービス種別		サービス種別	
電話番号		電話番号	
担当者		担当者	

【要介護度区分】

認定有効期間	介護認定	ケアマネ名
年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援（１・２） <input type="checkbox"/> 要介護 （１・２・３・４・５）	
年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援（１・２） <input type="checkbox"/> 要介護 （１・２・３・４・５）	
年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援（１・２） <input type="checkbox"/> 要介護 （１・２・３・４・５）	
年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援（１・２） <input type="checkbox"/> 要介護 （１・２・３・４・５）	