

# 情報提供票

入居希望者  
氏名

作成日：令和 年 月 日

記入者： \_\_\_\_\_

事業所： \_\_\_\_\_

入居希望者	要介護度	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 申請中			
	認知症高齢者の日常生活自立度	ランク ( )	障害高齢者の日常生活自立度	ランク ( )	
	在宅サービス利用率	前月のサービス利用実績: _____ 単位 過去3ヶ月の平均利用率: _____ %			

医療・健康状態	主病名			既往歴	
	医療機関主治医			連絡先	
	現在必要な医療	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
	特記事項				

心身の状態	身長・体重	身長 _____ cm 体重 _____ kg	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 上: <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 下: <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない (眼鏡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 (補聴器 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
	発語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 話せない	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
	理解力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> わかりにくい <input type="checkbox"/> わからない	対人関係	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや苦手 <input type="checkbox"/> 苦手
	周辺症状複数可	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 夜間不眠 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 脱衣 <input type="checkbox"/> 失禁	精神症状複数可	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 攻撃 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 不安
	特記事項			

※裏面への御記入もお願いします

生活動作	歩行 移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 補助具使用なら可 ( ) <input type="checkbox"/> できない ( 移動手段: )		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 その他 ( )		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	食事	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト 副食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		水分: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> トロミ有 ( )		
	嚥下	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ややむせる <input type="checkbox"/> 困難	義歯: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 )	
	入浴	<input type="checkbox"/> 個浴・一般浴 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	特記事項			

介護者の 状況	介護者の 就労	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 4時間未満(午前・午後) <input type="checkbox"/> 8時間 <input type="checkbox"/> 不定期就労 就労内容 ( )		
	介護者の 関わり	<input type="checkbox"/> 常時関わっている <input type="checkbox"/> 日中関わっている <input type="checkbox"/> 夜間関わっている <input type="checkbox"/> 関わっていない どのような関わり ( )		
	経済的 負担	介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 第 _____ 段階 ) 高額介護該当 <input type="checkbox"/> 15,000円 <input type="checkbox"/> 24,600円 <input type="checkbox"/> 生活保護		
	特記事項			

≪ 特記及び状況等 ≫	