

氏名 () 様

生年月日 T・S・H 年 月 日生

歳

住所：

TEL：

日常生活の援助状況			備考
1. 移動	①自立	②一部介助	③全面介助
2. ベッド上動作	①自立	②座位可能	③寝たきり
3. 食事	①自立	②一部介助	③全面介助
4. 排泄	①自立	②一部介助	③全面介助
5. 睡眠	①良	②不眠	
6. 入浴	①一般浴	②特浴 (機械浴)	
7. 衣類着脱	①自立	②一部介助	③全面介助
8. 視力	①普通	②弱視	③全盲
9. 聴力	①普通	②やや聞こえにくい	③聞こえない
10. 言語	①普通	②どうにか発語	③発語できず
11. 意思疎通	①可能	②できない	
12. 内服薬	【 有・無 】 ()		
13. 精神 (認知症) 状態	① 有	② 無	
14. その他	①入れ歯 (有・無)	②補聴器 (有・無)	
15. 注意点等			

要介護区分 非該当・要支援 ()・要介護 ()

担当ケアマネ	事業所名	電話番号