

# 情報提供書

受付No.

記録年月日 平成 年 月 日

記録者氏名

フリガナ					男・女	明治 大正 昭和	年	月	日生( )	歳)	
氏名											
現住所	〒				電話						
現状	1. 自宅に居住 2. 入院中 病院名/ 診療科名/ 病名/ 3. 施設入所中 施設名/ 4. その他 ( )										
通院状況	無・有 病院名/ 病名/				診療科/			内服 無・有			
サービスの利用を希望する理由	----- ----- ----- -----										
被保険者番号					生保受給		無・有				
介護度	/ 年 月 日 ~ 年 月 日 /				年 月 日認定						
ケアマネ					居宅支援事業所						
負担段階	段階				負担割合		割				
身障手帳	無 / 有 ( 種 級 障害名 )										
家族構成	氏名	続柄	年齢	介護		家族 図					
				する・しない							
				する・しない							
				する・しない							
				する・しない							
				する・しない							
緊急連絡先	氏名		続柄		連絡先名						
	住所				電話						
緊急連絡先	氏名		続柄		連絡先名						
	住所				電話						
特記事項											

※ 備考等は余白に記載してください

社会福祉法人 北秋田市社会福祉協議会

項目	身体及び精神の状況
麻痺	無・有（ 上肢 右・左 / 下肢 右・左 ） 可動制限（ ）
視力	見える ・ 見えにくい ・ 見えない ・ 判断不能
聴力	普通 ・ 聞こえにくい ・ 聞こえない ・ 判断不能
歯	自歯 ・ 一部義歯 ・ 総義歯 ・ なし
言語	普通 ・ 少し障害あり ・ 障害
排尿	独自 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ カテーテル留置中
排便	独自 ・ 一部介助 ・ 全介助
食事	独自 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 経管栄養
入浴	独自 ・ 一部介助 ・ 全介助
洗面	独自 ・ 一部介助 ・ 全介助
着替え	独自 ・ 一部介助 ・ 全介助
歩行	独自 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
移動	独自 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
移乗	独自 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
褥創	無・有 → 部位：
精神状態等	<input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 清潔感喪失 <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 短期記憶障害
	【特記事項】 -----
睡眠	
趣味・嗜好	
金銭管理	可・不可
サービスの 利用状況	・ 訪問介護（ ） ・ 訪問看護（ ） ----- ・ 通所介護（ ） ・ 短期入所（ ） ----- ・ 用具貸与（ ） ・ その他（ ）
	ケアタウン老健利用歴 無 / 有 → 前回 平成 年 月 ～ 年 他施設申込み状況 [ 年 月 ]
ADL自立度	寝たきり度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
その他	