

情報提供書

受付No.

記録年月日 令和 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／ 診療科／ 病名／			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 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	