

【利用者情報提供書】

記入日： 年 月 日 記入者

居宅介護 支援事業者	事業所名					担当者名				
	所在地	〒								
	TEL・FAX	TEL				FAX				

氏 名	ふりがな			性別	生年月日	T S H 年 月 日					
住 所					電 話				年 齢 歳		
緊急連絡先	氏 名	続柄	電話番号	勤 務 先			電話番号				
保 險 証 等	介護保険被 保険者番号				保険者名	上田市	介護度	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5		
	認 定 日				有効期間	～					
	身体障害者 手 帳	有 無	番 号	No.	号	等 級					
	傷 害 名					交付年月日					
経済状況	年金 ☐ 有 () ・ ☐ 無					生保 (担当CW)					
主な傷害と 疾 病											
感染性疾患	☐ 有 () ・ ☐ 無										
主 治 医	病院(医院)				科	先生 (☐ 訪問診療 ☐ 通 院)					
かかりつけ歯科医	病院(医院)				科	先生 (☐ 訪問診療 ☐ 通 院)					
かかりつけ薬局	薬局										
身 体 状 況	起臥床	☐ 自 立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助						
	移 乗	☐ 自 立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助						
	歩 行	☐ 自 立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 不 可						
	食 事	☐ 自 立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助						
	口腔ケア	☐ 自 立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助						
	排 泄	☐ 自 立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助						
	入 浴	☐ 自 立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助						
	更 衣	☐ 自 立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助						
	洗 面	☐ 自 立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助						
	視 力	☐ 普 通 ☐ やや不自由 ☐ 不自由									
	聴 力	☐ 普 通 ☐ やや難聴 ☐ 難 聴									
言 語	☐ 普 通 ☐ やや不明瞭 ☐ かなり不明瞭										

精神状況	認知症状 (☐ ある ☐ ない) (認知症の状況)						
日常の様子	(☐ 大半離床 ☐ 寝たり起きたり ☐ 常時臥床)						
食生活	嚥下状態	☐ ムセ有 ☐ ムセ無し		義歯の使用 ☐ あり ☐ なし			
	食事内容	主食	☐ ご飯 ☐ 全粥 ☐ ()分粥				
		副食	☐ 常菜 ☐ 軟菜 ☐ きざみ ☐ ミキサー ☐ ゼリー ☐ その他()				
		水分摂取(とろみ)	☐ 不要 ☐ 必要				
	嫌いな物			禁忌食品			
家族構成	男性 ☐ 女性 ☐ 本人 ☐ ◎ 死亡 ■ ● (同居は囲む) ★キーパーソン			介護状況	キーパーソン: _____		
					_____ _____ _____ _____ _____ ※介護者の身体状況・職業の有無等		
家庭状況	住居	☐ 自家 ☐ 借家 ☐ アパート		トイレ ☐ 和式 ☐ 洋式			
	ベッド	☐ あり ☐ なし		住宅改修 ☐ 改修中 ☐ 改修済 ☐ 今後計画 ☐ 必要なし			
	専用居室	☐ あり ☐ なし					
サービス利用状況	☐ 訪問介護 (回/週・月) ☐ 訪問看護 (回/週・月) ☐ 訪問入浴 (回/週・月) () () () ☐ 通所介護 (回/週・月) ☐ 通所リハビリ (回/週・月) ☐ 訪問リハビリ (回/週・月) () () () ☐ 短期入所 (回/週・月) ☐ 福祉用具貸与 (内容) () () ☐ その他 ()						
入所の経緯							
生活歴							