

日常生活動作・医療情報提供書										記載日	年	月	日			
患者	氏名	様			生年月日	MTS	年	月	日	歳	男女					
	住所								電話							
家族	氏名	様				続柄		氏名								
	連絡先						連絡先									
入院(入所)年月日		平成 年 月 日 ~														
公費医療		無・有		・特定疾患		・難病		・身体障害		級		他				
介護保険	認定	無	申請中 年 月 日 付申請													
	有	支	1	2	3	4	5	認定期間		年	月	日	~	年	月	日
	ケアマネ	無・有		事業所名												
利用希望		・病院(医療保険)			・介護療養型医療施設			・老人保健施設		・特別養護老人ホーム						
他施設申し込み		無・有		現在申し込み施設名							年 月 日付申込					
病名					発症年月日			既往歴								
					年 月 日											
					年 月 日											
感染症の有無		無		有()					MRSA		陰性		陽性			
医療処置：酸素、吸引、留置カテーテル等ありましたらご記入下さい：																
障害老人の日常生活自立度 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2																
痴呆老人の日常生活自立度 1 a b a b M																
麻痺		無・有		右半身	左半身	右上肢	右下肢	左上肢	左下肢	四肢他()						
拘縮		無・有		右上肢	右下肢	左上肢	左下肢他()									
筋力低下		無・有		右半身	左半身	右上肢	右下肢	左上肢	左下肢	四肢他()						
褥瘡		無・有		部位() 程度												
A D L	介助内容			具体的な内容												
	食事	自立	見守り	常食	粥	キザミ	ミキサー	流動	経管栄養(鼻カテ・胃瘻)		治療食()					
		一部介助	全介助	備考												
	排泄	自立	見守り	トイレ	Pトイレ	尿便器	失禁パンツ	尿取パット	オムツ							
		一部介助	全介助	備考：バルンの有 無												
	移動	自立	見守り	自力	杖(階段可・不可)		歩行器	車椅子	ストレッチャー							
		一部介助	全介助	備考												
	入浴	自立	見守り	特浴(座浴 臥床式)					一般浴							
		一部介助	全介助	備考												
	更衣	自立	見守り	上着脱 下着脱 ボタン 靴下												
一部介助		全介助	備考													
視力	日常生活への支障はない 大きい字は読める 全盲または近い状態 視野狭窄 他()															
聴力	問題なし 大きい声なら聞こえる 補聴器を利用で聞こえる ほとんど聞こえない															
言語	問題なし 意思伝達できる 意思伝達できない 他()															
問題行動	幻視幻覚 妄想 せん妄 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊 不潔行為 異食															
	性的行動 その他()															
記入機関	機関名			家族構成												
	所在地			キーパーソン												
	連絡先															
	記載者名															
			本人年金額		種類		円/ ヶ月									