

| 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 | | | | | | |