

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	令和 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													
他施設申込	無 有	現在申込施設												
病名	発症年月日						既往歴							
	年 月 日													
	年 月 日													
感染症の有無	無 有 ()													
医療処置：酸素、吸引、留置カテーテル等がありましたらご記入ください														
障害老人の日常生活度	J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2													
認知症高齢者の日常生活度	I II a II b III a III b IV 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	栄養	食事	経口 経管栄養 食止め				食事内容：							
		食形態					総kcal kcal							
		特食	療養食 無 有 ()				禁止食品： 経管栄養の内容・量等(経管 PEG)							
排泄	自立 見守り	トイレ Pトイレ 尿便器 失禁パンツ 尿取りパット 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：バルンの有 無												
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 全盲又は近い状態 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	幻視幻聴 妄想 せん妄 昼夜逆転 暴言 介護への抵抗 徘徊 不潔行為 異食													
行動	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						