

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													
	定	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) ・介護医療院 ・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	栄養	食事	経口(自立・見守り・一部介助・全介助)					食事内容：								
		食形態	経管栄養・食止め					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)								
D	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													
L	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										