

家 族 状 況	主たる 介護者 の状況	フリガナ			性別	同居区分	家族構成図	
		氏名			男・女	同・別		
		生年月日	年	月	日	年齢		歳
		続柄			勤務先 (職種)			
	氏名	続柄	年齢	勤務先(職種)		同居区分		
						同・別		
						同・別		
現 病					既往 歴			
	アレルギー	無・有()		義歯	無・有()			
日 常 生 活 状 況 ・ 身 体 状 況	食事	自立・一部介助・全介助			身長	cm	体重	kg
	(食事内容) 米飯・粥・() / 軟菜・一口大・きざみ・ミキサー / 濃厚流動食							
	飲み込み	むせ	無・有		とろみ	不要・要()		
	起き上がり	自立・一部介助・全介助			立ち上がり	自立・一部介助・全介助		
	移動	自立・一部介助・全介助						
	移乗	自立・一部介助・全介助						
	排泄	自立・一部介助・全介助			布パンツ リハビリパンツ 尿取りパット おむつ カテーテル			
		昼) トイレ・ポータブルトイレ・オムツ()						
	夜) トイレ・ポータブルトイレ・オムツ()							
	入浴	自立・一部介助・全介助			一般浴・家庭浴・寝浴・他()			
	着脱	自立・一部介助・全介助						
	喫煙	吸う・吸わない		床ずれ	無・有()			
視力	良い・やや悪い・悪い・()			聴力	良い・やや悪い・悪い・()			
会話	できる・できない()			意思疎通	できる・できない()			
認知症	幻視・幻聴・妄想・昼夜逆転・暴言・介護への抵抗・徘徊・火の不始末・不潔行為							
	異食行動・性的問題行動・その他()							
	専門医受診 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				医療機関名			
				年 月頃から				
備考								