

情報シート

小松原園

氏名		(男・女)	生年月日	MTS	年	月	日
居住地			キーパーソン				
介護保険	保険者			要介護度			
				負担減	あり・なし		

○ 日常生活介護の状況

1.食事	主食形態				摂取状況				
	副食形態				食事量				
	留意事項	-----							
2.排泄	排泄意	便意			尿意			失禁	
	日中				夜間				
	便通	回	/	日	対応	- 日で			
	留意事項	-----							
3.入浴					留意事項:				
4.移乗					留意事項:				
5.移動	(自立 介助)				留意事項:				
6.口腔ケア	義歯		ケア		留意事項:				
7.更衣					留意事項:				
8.洗顔					留意事項:				
9.睡眠状況					留意事項:				

○ 心身などの状況

1.視力		眼鏡	(ある ない)
2.聴力		補聴器	(右耳 左耳)
3.言語		4.意思表示	(できる できない)
5.理解力		6.記憶力	
留意事項	-----		

○ 医療状況

既往歴	服薬		
身長: cm 体重: kg			
医療的処置	(ある ない)	麻痺・拘縮	(ある ない)
褥瘡	(ある ない)	皮膚疾患	(ある ない)
体位変換	(行っている 行っていない)	アレルギー	(ある ない)
留意事項	-----		

○ 生活歴・現在状況 (該当する項目に○をして下さい)

生活歴	現況 (現在のご本人の所在・様子や問題行動等)		
金銭面	年金: 万 /	生活保護	(申請中 受給中)
家族関係		成年後見	(申請中 氏名:)
留意事項	-----		