

# 基本情報シート

記入日 年 月 日

フリガナ		性別	〔 男・女 〕
氏名		生年月日	西暦 年 月 日
身長・体重	身長〔 〕 cm	体重〔 〕	Kg
住所	㊦ —		
最寄り駅	線	駅より徒歩	分
自宅目印			
駐車場	・敷地内駐車場あり ・近隣にコインパーキングあり ・なし		
駐輪場	(自転車・バイクのスペース) ・あり ・なし		
現在のお住まい	自宅・病院・その他施設 (施設名 )		
電話番号	—	—	
メールアドレス			@

フリガナ			
緊急連絡先氏名		続柄〔 〕	
住所	㊦ —		
電話番号	—	—	
メールアドレス			@

利用料請求先	<input type="checkbox"/> 利用者様ご本人 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先の方 <input type="checkbox"/> その他 (※)		
	※その他を選択された場合はこちらも記載してください		
	氏名	㊦ —	

主連絡者	<input type="checkbox"/> 利用者様ご本人 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先の方 <input type="checkbox"/> 請求書の方 <input type="checkbox"/> その他
------	---

アレルギー	
ペット	・犬 ・猫 ・鳥類 ・その他 ( ) ・なし

※ 裏面もご記入下さい

利用者様の状態

介護度	要支援 □ 1 □ 2	要介護 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5
既に利用しているサービス		
ADL 食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
ADL 移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖・伝い歩き	<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子
ADL 更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
ADL 清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー浴	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 陰部洗浄
ADL 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ
会話	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 聞きにくい	<input type="checkbox"/> 簡単な会話 <input type="checkbox"/> 不可
麻痺・拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（部位：	）
認知症症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 多少有り	<input type="checkbox"/> 診断有 症状（ 物忘れ      暴言暴力      徘徊      妄想      昼夜逆転）

現在受けている医療的ケアを全て○で囲ってください。（要訪問看護指示書）

ストマ      ・      尿道カテーテル      ・      末梢点滴      ・      IVH      ・      胃ろう 吸引（      時間ごと/      回/日）      ・      ドレーン（部位：      ） 酸素療法      安静時（      ）L      労作時（      ）L      睡眠時（      ）L その他（      ）
---

現在困っていることや依頼内容・ケア方法の詳細など

--