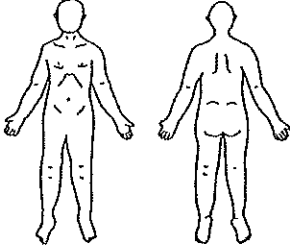


新規受付表

情報提供者	作成日	年 月 日	作成者	作成機関	関係			
フリガナ				性別	生年月日・年齢		世帯状況	
利用者氏名	様			<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 二世帯 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> その他	
住所	〒				電話番号	① ②		
キーパーソン	氏 名		続 柄	連絡先①		連絡先②		
	〒		住 所			備 考		
家族 *本人は除く *キーパーソンに☆印	氏 名		続 柄	同・別居	介 護	連絡先(住所、電話等)		備 考
緊急時連絡先	氏名又は名称			電話番号		氏名又は名称		電話番号
	①					②		
主訴	本人の要望			家族関係 男性 <input type="checkbox"/> ■ 女性 <input type="checkbox"/> ● 本人 <input type="checkbox"/> ◎ 不明 <input type="checkbox"/> ◆ キーパーソンに☆印				
	家族の要望							
介護保険関係情報	被保険者番号	認定	認定日	認定有効期間			保険者	
			年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日				
	居宅介護(予防)支援事業所			介護支援専門員氏名		電話・FAX	居宅計画作成届出日	
						年 月 日		
公費等	公費	公費負担番号		受給者番号	訪問・通所減免	SS・入所減免	医療減免	
	手帳	等級	障害	手帳番号			取得日	
					年 月 日			
備考								

新規受付表

現・既往歴	発症日	疾患名				医療機関[主治医]・連絡先			受診頻度・通院日等		
医療情報	服薬状況	薬品名	起	朝	昼	夕	寝	留意事項			 <特別な医療>
		服薬合計				0 種類					
		服薬介助		介助者							
生活リズム	週間予定	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日	日課		
									:		
									:		
									:		
									:		
									:		
ADL・IADL状況(概要)											
日常生活自立度											
起居	寝返り 立上り	起上り 立位保持			座位保持						
移動	屋内 屋外	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シムカ <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シムカ <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他									
排泄	排泄動作 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器	尿意 <input type="checkbox"/> カール <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他			便意						
食事	食事形態 主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> かゆ <input type="checkbox"/> ミキサー	水分摂取 副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ミキサー									
更衣 整容	着脱(上肢) 爪切り	着脱(下肢) 髭剃り			洗面						
入浴	入浴状況 入浴出入	<input type="checkbox"/> 訪介 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 訪入 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 洗身 <input type="checkbox"/> 洗髪									
意志 疎通	視力 意思の伝達	聴力 意思決定									
ADL その他											
調理	援助者:										
掃除	援助者:										
IADL その他											
認知症高齢者自立度											
精神 状況											