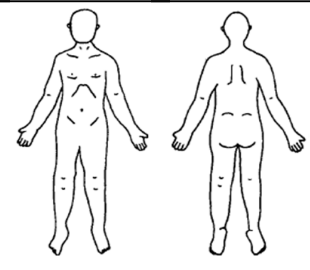


新規受付書

情報提供者	作成日	年 月 日	作成者		作成機関		関係	
ワカナ				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"/> 同居 <input type="checkbox"/> 同一敷地内	<input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 二世帯 <input type="checkbox"/> その他
住所	〒					電話番号	① ②	
キパーソン	氏名		続柄	連絡先①		連絡先②		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 二世帯 <input type="checkbox"/> 別居
	〒		住所			備考		
家族 *本人は除く *キパーソンに☆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 回 ○ 不明 ◇ ◆ キパーソンに☆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								

新規受付書

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		
		服薬合計						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				□杖 □シルバーカー □車椅子 □その他					
排泄	排泄動作 □トイレ □オムツ □パット □トイレ □尿器	尿意			便意					
食事	食事形態 主食 □常食 □軟食 □かゆ □ミサー	水分摂取			副食 □常食 □一口大 □サミ □ミサー					
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	□訪介 □訪看 □訪入 □通所 □家族			洗身 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										



<特別な医療>