

3 本人の身体・医療状況

視力：①日常生活に支障ない ②その他（ ）

聴力：①日常生活に支障ない ②その他（ ）

言語：①日常生活に支障ない ②その他（ ）

麻痺：無・有（ ）

移動：歩行自立・杖歩行・介助歩行・車イス自走・車イス介助・その他（ ）

排泄：自立・介助で可・誘導必要・ポータブル使用・おむつ使用（ ）

食事：自立・見守り・声かけ・一部介助・全介助（ ）

入浴：自立・見守り・一部介助・全介助 入浴形態：一般浴・チェア浴・特浴

	主治医	医師名	
		医療機関名	
医療 状 況	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引(頻度 回程度/日) <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 褥創 <input type="checkbox"/> その他		
	治療中の病気	既往歴	
	_____ 年 月ころ	_____ 年 月ころ	
	_____ 年 月ころ	_____ 年 月ころ	
_____ 年 月ころ	_____ 年 月ころ		
_____ 年 月ころ	_____ 年 月ころ		
介護 支 援 専 門 員 等 の 意 見			
記入者所属		記入者氏名	

※記入欄が不足の場合やご本人の状況が具体的にわかるものがあれば別紙として添付してください