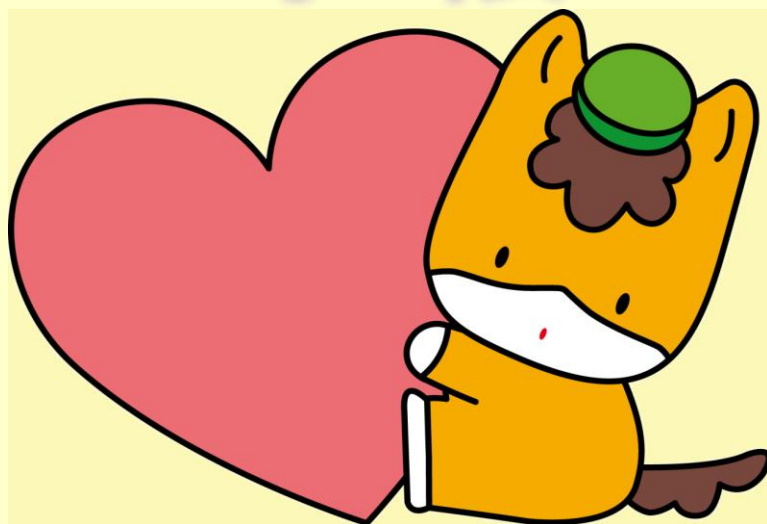


ささえあい 手帳

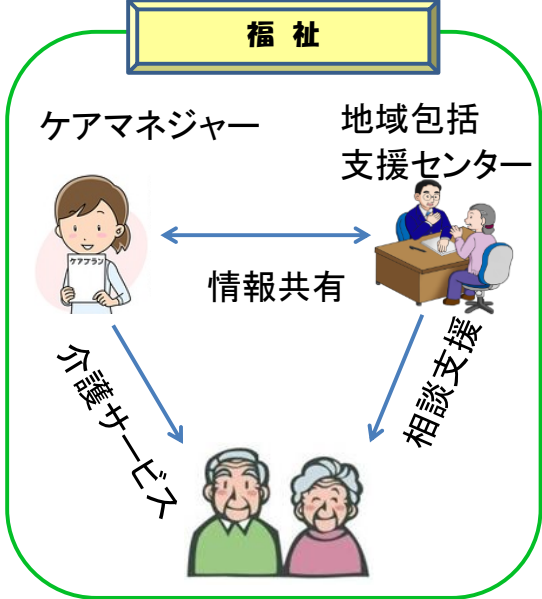
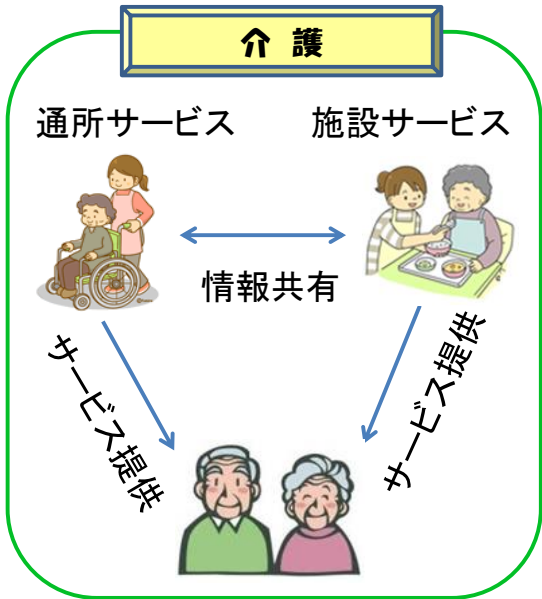
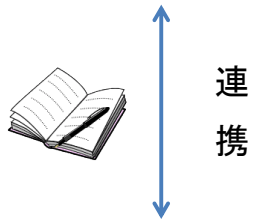
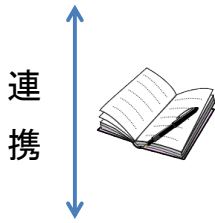
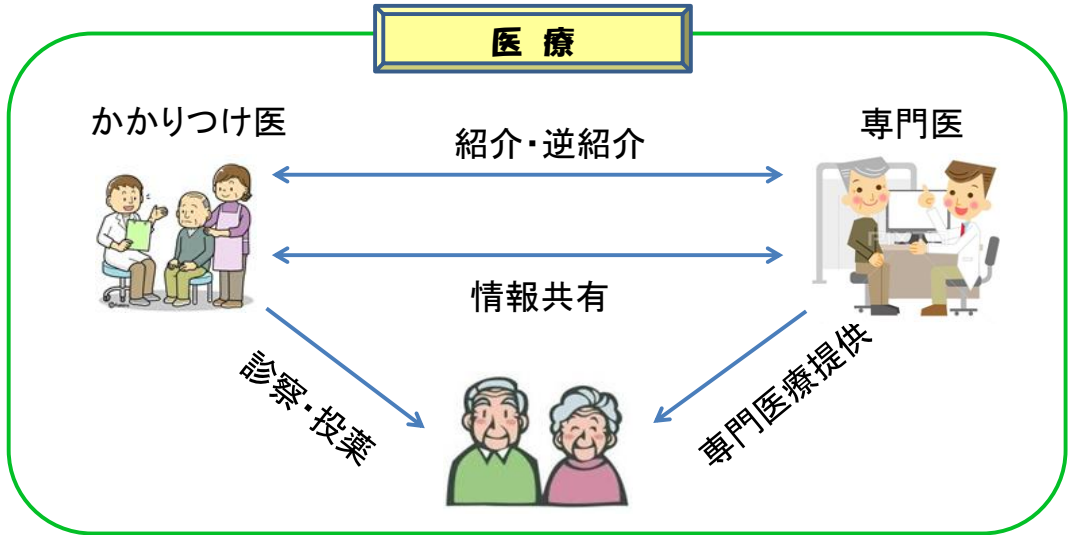


- ◆この手帳は、ご本人やご家族の支援に携わる関係者が、診療状況や介護サービスの利用状況などの情報を共有し、適切な医療と介護の提供を継続して行っていくことを目的としたものです。
- ◆『医療機関を受診する際』や『介護施設・事業所を利用する際』は、この手帳を持参して提示して下さい。
- ◆この手帳には、ご本人に関する情報が記載されていますので、ご家族の方は、大切に保管して下さい。

※ご家族の方は、黄色のページにご記入下さい。

様

～ 『ささえあい手帳』利用のイメージ ～



～ 事業利用の流れ～

かかりつけ医を受診



◇かかりつけ医の先生は、診察の結果、認知症が疑われ、検査が必要な場合、必要に応じて専門医療機関の受診を勧めます。

専門医療機関での診断・治療



◇ご本人・ご家族は、専門医療機関を受診します。

◇専門医療機関では、必要な診療、鑑別診断を行い、認知症の診断、治療方針を決定し、治療を行います。

◇また、手帳について説明し、利用の希望がある場合は、ご本人又はご家族から手帳利用の同意書を取得します。

◇治療を行い、病状が安定した段階で、かかりつけ医に戻って頂きます。

かかりつけ医で治療を継続



◇かかりつけ医の先生は、受診の際に、診察、治療経過について、かかりつけ医の欄に情報を書き加えていきます。

◇ご本人・ご家族は、必要に応じて専門医療機関を受診して下さい。

～ 認知症チェックシート ～

最近もの忘れやおかしいなど不安に感じることはありませんか？

気に掛かることがあったら、まずは以下のチェックリストを試して見て下さい。

【チェックリスト】

以下の項目で、5項目以上思い当たることがある場合は、早めに最寄りのお医者さんや相談機関に相談しましょう。



こんな症状が現れたら要注意

- 同じことを何回も話したり、尋ねたりする。
- 置き忘れやしまい忘れがある。
- 出来事の前後関係がわからなくなった。
- 服装など身の回りに無頓着になった。
- 水道栓やドアを閉め忘れてたり、後片付けがきちんとできなくなった。
- 同時に2つの作業を行うと1つを忘れる。
- 薬を管理して、きちんと内服することができなくなった。
- 以前はてきぱきとできた家事や作業に手間取るようになった。
- 計画を立てられなくなった。
- 複雑な話を理解できない。
- 興味が薄れ、意欲がなくなり、趣味活動などを止めてしまった。
- 前よりも怒りっぽくなったり、疑い深くなった。
- 大切なものを盗まれたと言う。

ささえあい手帳同意書

私は、ささえあい手帳について説明を受け、よく理解したので、『手帳の利用』と『手帳に記載された情報が関係機関で共有』されることに同意します。

年 月 日

本人（患者）氏名： _____ 印

代理人氏名（続柄： _____）： _____ 印

※ご本人が署名できない場合は、ご家族等がご署名下さい。

説明した医療機関名： _____

担当医師名： _____

【記入例】

～ ご本人又はご家族より ～

《ご本人のプロフィール》

氏名	生年月日(年齢)		性別	血液型
赤城 太郎	明・大 昭・平	20年 ○月 ○日 (68歳)	男・女	○型
住所	〒370 - 0042 高崎 (市) (町 村) ○○町××			
電話番号	(027) ○○○ - △△△△			
身長	168 cm	体重	52 kg	
物忘れが始まった時期	□ 年 月頃		<input checked="" type="checkbox"/> 不明	
体の主な症状	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 気分が沈む <input checked="" type="checkbox"/> 不眠 <input checked="" type="checkbox"/> 手足のしびれ <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> その他()			
緊急時の連絡 者、連絡先	氏名		ご本人との続柄	
	赤城 次郎		<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親子 <input checked="" type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姉妹 <input type="checkbox"/> その他()	
	〒370 - 0042 高崎 (市) (町 村) □□町△△			
	(027) ××× - ××××			

《家族構成》

氏名	同居	ご本人との関係	主な介護者	電話番号
赤城 花子	同・別	<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姉妹 <input type="checkbox"/> その他()	⊖	(090) □□□□ - ○○○○
赤城 幸子	同・別	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 親子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姉妹 <input type="checkbox"/> その他()	○	(090) ×××× - △△△△
	同・別	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姉妹 <input type="checkbox"/> その他()		() -
	同・別	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姉妹 <input type="checkbox"/> その他()		() -

～ ご本人又はご家族より ～

《ご本人のプロフィール》 ※記入例を参考に記入して下さい。

フリガナ 氏名		生年月日(年齢)		性別	血液型
		明・大 昭・平	年 月 日 (歳)	男・女	型
住所					
電話番号	() —				
身長	cm	体重		kg	
物忘れが始まった時期	<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 不明				
体の主な症状	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 気分が沈む <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 手足のしびれ <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> その他()				
緊急時の連絡 者、連絡先	フリガナ 氏名		ご本人との続柄		
			<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姉妹 <input type="checkbox"/> その他()		
	住所:				
	() —				

《家族構成》

フリガナ 氏名	同居	ご本人との関係	主な介護者	電話番号
	同・別	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姉妹 <input type="checkbox"/> その他()		() —
	同・別	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姉妹 <input type="checkbox"/> その他()		() —
	同・別	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姉妹 <input type="checkbox"/> その他()		() —
	同・別	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姉妹 <input type="checkbox"/> その他()		() —

～ ご本人又はご家族より ～

《ご本人のプロフィール》 ※記入例を参考に記入して下さい。

フリガナ 氏名	生年月日(年齢)		性別	血液型
	明・大 昭・平	年 月 日 (歳)	男・女	型
住所				
電話番号	() —			
身長	cm	体重	kg	
物忘れが始まった時期	<input type="checkbox"/> 年 月頃		<input type="checkbox"/> 不明	
体の主な症状	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 気分が沈む <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 手足のしびれ <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> その他()			
緊急時の連絡 者、連絡先	フリガナ 氏名	ご本人との続柄		
		<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姉妹 <input type="checkbox"/> その他()		
	住所:			
	() —			

《家族構成》

フリガナ 氏名	同居	ご本人との関係	主な介護者	電話番号
	同・別	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姉妹 <input type="checkbox"/> その他()		() —
	同・別	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姉妹 <input type="checkbox"/> その他()		() —
	同・別	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姉妹 <input type="checkbox"/> その他()		() —
	同・別	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姉妹 <input type="checkbox"/> その他()		() —

《日頃受診する医療機関》

1	医療機関名	担当医師名	担当医師の診療科目
			<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> その他()
	住所		
	電話番号	()	—
	記入日	平成 年 月 日	フリガナ 記入者

2	医療機関名	担当医師名	担当医師の診療科目
			<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> その他()
	住所		
	電話番号	()	—
	記入日	平成 年 月 日	フリガナ 記入者

3	医療機関名	担当医師名	担当医師の診療科目
			<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> その他()
	住所		
	電話番号	()	—
	記入日	平成 年 月 日	フリガナ 記入者

《日頃受診する医療機関》

4	医療機関名	担当医師名	担当医師の診療科目	
			<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> その他()	
	住所			
	電話番号	()	—	
	記入日	平成 年 月 日	フリガナ 記入者	

5	医療機関名	担当医師名	担当医師の診療科目	
			<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> その他()	
	住所			
	電話番号	()	—	
	記入日	平成 年 月 日	フリガナ 記入者	

6	医療機関名	担当医師名	担当医師の診療科目	
			<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> その他()	
	住所			
	電話番号	()	—	
	記入日	平成 年 月 日	フリガナ 記入者	

《既往歴・合併症》

疾患名	発症時期	治療の状況	服薬の有無
高血圧	<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
心臓病	<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
糖尿病	<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
脳卒中	<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
骨折	<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
脂質異常症	<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
その他 ()	<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
その他 ()	<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
その他 ()	<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
その他 ()	<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
その他 ()	<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
その他 ()	<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
続柄		記入日	平成 年 月 日
フリガナ 記入者			

《既往歴・合併症》

疾患名	発症時期	治療の状況	服薬の有無
高血圧	<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
心臓病	<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
糖尿病	<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
脳卒中	<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
骨折	<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
脂質異常症	<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
その他 ()	<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
その他 ()	<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
その他 ()	<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
その他 ()	<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
その他 ()	<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
続柄		記入日	平成 年 月 日
フリガナ 記入者			

【記入例】

《ご本人の体の状態》

項目	状態	内容	メモ欄
食事 	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他()	
移動 	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他()	
排泄 	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input checked="" type="checkbox"/> オムツ <input checked="" type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> その他()	ズボンを下ろせば 自分でできる。
更衣 	上半身 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 下半身 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
入浴 	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input checked="" type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()	
記入日	平成25年7月30日	フリガナ 記入者	アカギ サチコ 赤城 幸子

※自立(セッティングや声掛けなどを行えば、だいたい自分でできる。)

※一部介助(自分で行えることもあるが、見守りや直接介護が必要なケースもある。)

※全介助(その行為に対して、全面的に介助が必要である。)

《ご本人の体の状態》 ※記入例を参考に記入して下さい。

項目	状態	内容	メモ欄
食事 	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他()	
移動 	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他()	
排泄 	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> その他()	
更衣 	上半身 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 下半身 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
入浴 	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()	
記入日	平成 年 月 日	フリガナ 記入者	

※自立(セッティングや声掛けなどを行えば、だいたい自分でできる。)

※一部介助(自分で行えることもあるが、見守りや直接介護が必要なケースもある。)

※全介助(その行為に対して、全面的に介助が必要である。)

《ご本人の体の状態》 ※記入例を参考に記入して下さい。

項目	状態	内容	メモ欄
食事 	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他()	
移動 	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他()	
排泄 	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> その他()	
更衣 	上半身 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 下半身 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
入浴 	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()	
記入日	平成 年 月 日	フリガナ 記入者	

※自立(セッティングや声掛けなどを行えば、だいたい自分でできる。)

※一部介助(自分で行えることもあるが、見守りや直接介護が必要なケースもある。)

※全介助(その行為に対して、全面的に介助が必要である。)

《ご本人の体の状態》 ※記入例を参考に記入して下さい。

項目	状態	内容	メモ欄
食事 	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他()	
移動 	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他()	
排泄 	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> その他()	
更衣 	上半身 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 下半身 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
入浴 	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()	
記入日	平成 年 月 日	フリガナ 記入者	

※自立(セッティングや声掛けなどを行えば、だいたい自分でできる。)

※一部介助(自分で行えることもあるが、見守りや直接介護が必要なケースもある。)

※全介助(その行為に対して、全面的に介助が必要である。)