

～ かかりつけ医、認知症専門医療機関の先生より ～

《かかりつけ医情報》 ※ご自分の医療機関の情報を記入して下さい。

1	医療機関名		主な担当医師名/診療科目	記入日 平成 年 月 日
			/ 科	
	住 所			
	電話番号	( )	—	

2	医療機関名		主な担当医師名/診療科目	記入日 平成 年 月 日
			/ 科	
	住 所			
	電話番号	( )	—	

3	医療機関名		主な担当医師名/診療科目	記入日 平成 年 月 日
			/ 科	
	住 所	〒 — 市 (町 村)		
	電話番号	( )	—	

4	医療機関名		主な担当医師名/診療科目	記入日 平成 年 月 日
			/ 科	
	住 所			
	電話番号	( )	—	

## 《専門医療機関情報》

1	医療機関名		主な担当医師名/診療科目	記入日
			/ 科	平成 年 月 日
	住 所			
	電話番号	( )	—	

2	医療機関名		主な担当医師名/診療科目	記入日
			/ 科	平成 年 月 日
	住 所			
	電話番号	( )	—	

3	医療機関名		主な担当医師名/診療科目	記入日
			/ 科	平成 年 月 日
	住 所			
	電話番号	( )	—	

4	医療機関名		主な担当医師名/診療科目	記入日
			/ 科	平成 年 月 日
	住 所			
	電話番号	( )	—	

## 《認知症疾患情報》

項目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
認知症の原因疾患	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> その他( )	
認知症の程度	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	
中核症状	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 理解・判断力の障害 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 理解・判断力の障害 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 理解・判断力の障害 <input type="checkbox"/> その他( )	
行動・心理症状	<input type="checkbox"/> 不安・焦燥 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 興奮・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> うつ状態 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 不安・焦燥 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 興奮・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> うつ状態 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他( )
所属				
記入者				

## 《検査結果》

項目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
血液検査	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 特記事項 ( )	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 特記事項 ( )	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 特記事項 ( )
その他 ( )	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 特記事項 ( )	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 特記事項 ( )	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 特記事項 ( )
その他 ( )	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 特記事項 ( )	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 特記事項 ( )	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 特記事項 ( )
所属			
記入者			

## 《認知症疾患情報》

項目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
認知症の原因疾患	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> その他( )	
認知症の程度	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	
中核症状	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 理解・判断力の障害 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 理解・判断力の障害 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 理解・判断力の障害 <input type="checkbox"/> その他( )	
行動・心理症状	<input type="checkbox"/> 不安・焦燥 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 興奮・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> うつ状態 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 不安・焦燥 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 興奮・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> うつ状態 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他( )
所属				
記入者				

## 《検査結果》

項目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
血液検査	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 特記事項 ( )	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 特記事項 ( )	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 特記事項 ( )
その他 ( )	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 特記事項 ( )	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 特記事項 ( )	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 特記事項 ( )
その他 ( )	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 特記事項 ( )	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 特記事項 ( )	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 特記事項 ( )
所属			
記入者			

## 《認知症診断テストの結果》

項目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
長谷川式	点	点	点
MMSE	点	点	点
その他 ( )	点	点	点
所属			
記入者			

## 《画像検査の結果》

項目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
CT 	<input type="checkbox"/> 虚血性変化 <input type="checkbox"/> 萎縮 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 虚血性変化 <input type="checkbox"/> 萎縮 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 虚血性変化 <input type="checkbox"/> 萎縮 <input type="checkbox"/> その他( )
MRI 	<input type="checkbox"/> 虚血性変化 <input type="checkbox"/> 萎縮 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 虚血性変化 <input type="checkbox"/> 萎縮 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 虚血性変化 <input type="checkbox"/> 萎縮 <input type="checkbox"/> その他( )
SPECT 	<input type="checkbox"/> 前頭葉 <input type="checkbox"/> 頭頂葉 <input type="checkbox"/> 後頭葉 <input type="checkbox"/> 側頭葉 <input type="checkbox"/> 楔前部 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 前頭葉 <input type="checkbox"/> 頭頂葉 <input type="checkbox"/> 後頭葉 <input type="checkbox"/> 側頭葉 <input type="checkbox"/> 楔前部 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 前頭葉 <input type="checkbox"/> 頭頂葉 <input type="checkbox"/> 後頭葉 <input type="checkbox"/> 側頭葉 <input type="checkbox"/> 楔前部 <input type="checkbox"/> その他 ( )
その他 ( )			
所属			
記入者			

## 《認知症診断テストの結果》

項目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
長谷川式	点	点	点
MMSE	点	点	点
その他 ( )	点	点	点
所属			
記入者			

## 《画像検査の結果》

項目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
CT 	<input type="checkbox"/> 虚血性変化 <input type="checkbox"/> 萎縮 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 虚血性変化 <input type="checkbox"/> 萎縮 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 虚血性変化 <input type="checkbox"/> 萎縮 <input type="checkbox"/> その他( )
MRI 	<input type="checkbox"/> 虚血性変化 <input type="checkbox"/> 萎縮 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 虚血性変化 <input type="checkbox"/> 萎縮 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 虚血性変化 <input type="checkbox"/> 萎縮 <input type="checkbox"/> その他( )
SPECT 	<input type="checkbox"/> 前頭葉 <input type="checkbox"/> 頭頂葉 <input type="checkbox"/> 後頭葉 <input type="checkbox"/> 側頭葉 <input type="checkbox"/> 楔前部 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 前頭葉 <input type="checkbox"/> 頭頂葉 <input type="checkbox"/> 後頭葉 <input type="checkbox"/> 側頭葉 <input type="checkbox"/> 楔前部 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 前頭葉 <input type="checkbox"/> 頭頂葉 <input type="checkbox"/> 後頭葉 <input type="checkbox"/> 側頭葉 <input type="checkbox"/> 楔前部 <input type="checkbox"/> その他 ( )
その他 ( )			
所属			
記入者			

～ ケアマネジャー、介護施設・事業所の方より ～

《ケアマネジャー情報》



ケアマネジャー  
さんが記入して  
下さい。

所属事業所名		担当者	記入日
1			平成 年 月 日
	住 所		
	電話番号	( ) -	

所属事業所名		担当者	記入日
2			平成 年 月 日
	住 所		
	電話番号	( ) -	



ケアマネジャー又は  
介護施設・事業所の方  
が記入して下さい。

《地域包括支援センター情報》

所属事業所名		担当者	記入日
1			平成 年 月 日
	住 所		
	電話番号	( ) -	

### 《ケアマネジャー情報》



ケアマネジャー  
さんが記入して  
下さい。

1	所属事業所名		担当者	記入日
				平成 年 月 日
	住 所			
	電話番号	( )	—	

2	所属事業所名		担当者	記入日
				平成 年 月 日
	住 所			
	電話番号	( )	—	



ケアマネジャー又は  
介護施設・事業所の方  
が記入して下さい。

### 《地域包括支援センター情報》

1	所属事業所名		担当者	記入日
				平成 年 月 日
	住 所			
	電話番号	( )	—	



ケアマネジャー  
さんが記入して  
下さい。

## 《要介護認定の状況》



項目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援( 1 2 ) <input type="checkbox"/> 要介護( 1 2 3 4 5 ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 要支援( 1 2 ) <input type="checkbox"/> 要介護( 1 2 3 4 5 ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 要支援( 1 2 ) <input type="checkbox"/> 要介護( 1 2 3 4 5 ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当
認定有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日
所属			
記入者			

項目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援( 1 2 ) <input type="checkbox"/> 要介護( 1 2 3 4 5 ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 要支援( 1 2 ) <input type="checkbox"/> 要介護( 1 2 3 4 5 ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 要支援( 1 2 ) <input type="checkbox"/> 要介護( 1 2 3 4 5 ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当
認定有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日
所属			
記入者			

## 《要介護認定の状況》



ケアマネジャー  
さんが記入して  
下さい。

項目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援( 1 2 ) <input type="checkbox"/> 要介護( 1 2 3 4 5 ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 要支援( 1 2 ) <input type="checkbox"/> 要介護( 1 2 3 4 5 ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 要支援( 1 2 ) <input type="checkbox"/> 要介護( 1 2 3 4 5 ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当
認定有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日
所属			
記入者			

項目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援( 1 2 ) <input type="checkbox"/> 要介護( 1 2 3 4 5 ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 要支援( 1 2 ) <input type="checkbox"/> 要介護( 1 2 3 4 5 ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 要支援( 1 2 ) <input type="checkbox"/> 要介護( 1 2 3 4 5 ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当
認定有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日
所属			
記入者			

《ADL》



ケアマネジャー又は  
介護施設・事業所の  
方が記入して下さい。

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 	上位 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                     下位 <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(            )	
所属		記入日	平成 年 月 日
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(自分でできることもあるが、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。)

《ADL》



ケアマネジャー又は  
介護施設・事業所の  
方が記入して下さい。

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 	上位 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 下位 <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( )	
所属		記入日	平成 年 月 日
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。)

《ADL》



ケアマネジャー又は  
介護施設・事業所の  
方が記入して下さい。

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(            )	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
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(            )	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
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(            )	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
更衣 	上位 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                     下位 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
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(            )	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
所属		記入日	平成 年 月 日
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。)

《ADL》



ケアマネジャー又は  
介護施設・事業所の方  
が記入して下さい。

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(            )	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
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(            )	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
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(            )	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
更衣 	上位 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助  下位 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
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(            )	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
所属		記入日	平成 年 月 日
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。)



介護施設・事業所  
の方が記入して  
下さい。

《利用しているサービス》

1	事業所名			
	住所			
	電話番号	( )	—	
	サービス種別	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他( )		
	利用頻度	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 :      ~      :      ( 時間 )		
	記入日	平成	年	月 日
	記入者			

2	事業所名			
	住所	〒	—	市(町村)
	電話番号	( )	—	
	サービス種別	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他( )		
	利用頻度	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 :      ~      :      ( 時間 )		
	記入日	平成	年	月 日
	記入者			

