

サービス利用予約票

令和 年 月 日

居宅介護支援事業者名

担当ケアマネージャー氏名

TEL ()

FAX ()

(ふりがな) 利用者様氏名		男性 女性	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住 所	〒 -		TEL	() -
介 護 度	要支援 1 ・ 2		要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
主 治 医	病院名		医師名	
現 病 名				
家族状況	独居・高齢世帯・介護が困難な家族等と同居・介護が可能な家族等と同居			
認知症	無 ・ 有 (問題行動 無 ・ 有 [))			
住 宅	家屋状況	住宅改修 (未 ・ 済)		
	就寝の状態	ベッド・ギャッジベッド・布団		
日 常 生 活 活 動	屋内歩行	不可 ・ 自立 ・ 介助 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子		
	屋外歩行	不可 ・ 自立 ・ 介助 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子		
	トイレ動作	日中：不可 ・ 自立 ・ 一部介助 ・ 介助		
		夜間：不可 ・ 自立 ・ 一部介助 ・ 介助		
	入 浴	不可 ・ 自立 ・ 一部介助 ・ 介助		
	階 段	不可 ・ 自立 ・ 一部介助 ・ 介助		
更 衣	不可 ・ 自立 ・ 一部介助 ・ 介助			
手 段 的 日 常 生 活 活 動	買い物	不可 ・ 自立 ・ 一部介助 (付き添いが必要 など)		
	食事準備	不可 ・ 自立 ・ 一部介助 (材料があれば可能・温めぐらいは可能 など)		
	洗 濯	不可 ・ 自立 ・ 介助		
	服薬管理	不可 ・ 自立 ・ 一部介助 (薬を分けておく準備が必要 など)		
	外 出	通院 ・ 買い物 ・ 趣味活動・その他 ()		
	移動手段	家の近所 (徒歩・マイカー・タクシー・他)		
		それ以外 (徒歩・マイカー・タクシー・他)		
通 院	回 / 月 ・ 週間 (徒歩・マイカー・タクシー・他)			
＜サービス希望理由＞				
＜他サービス利用状況＞ ・ デイサービス (/週) ・ 通所リハビリ (/週) ・ ショートステイ (/月) ・ 訪問リハビリ (/週) ・ 訪問看護 (/週) ・ 訪問介護 (/週) ・ 訪問入浴 (/週) ・ その他 ()				
＜ダメな曜日・時間帯＞				
＜ケアマネが望むこと＞				

主治医意見書から抜粋情報

令和 年 月 日 作成成分より抜粋

居宅介護支援事業者名

担当ケアマネージャー氏名

TEL ()

FAX ()

(ふりがな) 利用者様氏名		男性 女性	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
主治医	病院名	医師名		
診断名				
症状の安定性(安定・不安定・不明)不安定の場合具体的な状況()				
生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容				
日常生活の自立度等について 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) (自立・ J1・ J2・ A1・ A2・ B1・ B2・ C1・ C2)				
認知症高齢者の日常生活自立度 (自立・ I・ IIa・ IIb・ IIIa・ IIIb・ IV・ M)				
身体 の 状 態	利き腕(右・左) 身長(cm) 体重(kg)			
	四肢欠損(無・有) (部位:)			
	麻痺(無・有) (部位:)			
	筋力の低下(無・有) (部位:)			
	関節の拘縮(無・有) (部位:)			
	関節の痛み(無・有) (部位:)			
	失調・不随意運動(無・有) (部位:)			
	褥瘡(無・有) (部位:)			
	その他の皮膚疾患(無・有) (部位:)			
移 動	屋外歩行 自立・ 介助があればしている・していない			
	車いすの使用 用いていない・ 主に自分で操作している・ 主に他人が操作している			
	歩行補助具・装具の使用 用いていない・ 屋外で使用・ 屋内で使用			
現在あるか又は今後発生の可能性の高い状態とその対処方針 <input type="checkbox"/> にチェックして下さい <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> その他()→対処方針()				
医学的管理の必要性 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 特記すべき事項なし <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス()				
サービス提供時における医学的観点からの留意事項 ・血圧(特になし・ あり()) ・移動(特になし・ あり()) ・摂食(特になし・ あり()) ・運動(特になし・ あり()) ・嚥下(特になし・ あり()) ・その他()				
感染症の有無 (無・有())・不明				
特記すべき事項				