

主たる介護者	氏名 (続柄) (電話番号)			
	住所 〒 -			
	健康状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()			
	介護負担: 身体的 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 精神的 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 経済的 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
介護状況 及び問題点				
本人生活歴				
病歴及び 身体状況	義歯 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無			
	麻痺 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無			
	拘縮 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無			
	認知症 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無			
	感染症 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無			
通院状況	病院・医院名	通院日	通院目的	投薬
				有・無
				有・無
				有・無
家屋の状況	①住宅形態 <input type="checkbox"/> 持家 (<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅) <input type="checkbox"/> 借家 (<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅) ②居住階 階 ③間取り ④本人の居室 畳 ⑤通風 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ⑥採光 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ⑦トイレ <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 ⑧風呂 <input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 共同 <input type="checkbox"/> その他 ⑨洗濯場 <input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 ⑩寝具 <input type="checkbox"/> ギャッジベッド <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> その他 ⑪ペット <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
希望 サービス内容	介護 : 食事・排泄・衣類着脱・入浴・清拭 外出・その他() 家事 : 調理・洗濯・補修・掃除・買い物・その他() 希望曜日・時間帯 ()			
他サービスの 利用状況	<input type="checkbox"/> デイサービス () <input type="checkbox"/> デイケア (曜日:) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (曜日:) <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問看護サービス <input type="checkbox"/> その他()			