

デイサービス昭和館 利用相談表

記入日 平成 年 月 日

ふりがな			性別	生年月日	M・T・S	年	月	日	(歳)	
申込利用者名			男・女							
ふりがな										
申込利用者連絡先	〒		電話番号: ()							
	大阪市									
介護被保険者番号									要介護状態区分	
									支1・支2・1・2・3・4・5	
介護保険者番号	大阪市	2	7	1	0	0	7	生活保護受給	有・無	
介護認定有効期間	平成		年	月	日	～	平成	年	月	日
手帳	身体・精神・療育			等級		交付年月日	平成	年	月	日
担当居宅事業所				連絡先	〒 電話番号: ()					
				住所:						
介護支援専門員				事業所番号						
主介護者	〒		電話番号: ()							
			様(続柄:)			住所:				
緊急連絡先	〒		電話番号: ()							
			様(続柄:)			住所:				
利用希望曜日	月・火・水・木・金			送迎	有・無		入浴	有・無		
主治医				連絡先	〒 電話番号: ()					
				住所:						
利用者既往歴				麻痺	有() 無()		感染症	有() 無()		
服薬	□なし □食前薬あり □食直前薬あり □食間薬あり □食後薬あり □軟膏処置などあり									
障害高齢者の日常生活自立度	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									
身体状況	・視力: □良好 □1m範囲内 □目の前 □ほとんど見えない □不明 □眼鏡使用									
	・聴力: □良好 □耳元なら聞こえる(□普通声 □大声) □ほとんど聞こえない □補聴器使用									
	・歩行: 自立・手引き・杖・手押し車・歩行器・車いす(自走・介助)・その他()									
	・食事: 通常・粥・重湯・その他()							摂取: 自立・一部介助・全介助		
	・義歯: □あり(□総義歯 □部分義歯) □なし							入浴: 自立・一部介助・全介助		
	・アレルギー: 無・有()							更衣: 自立・一部介助・全介助		
	・尿意: □あり □時々あり □なし ・便意: □あり □時々あり □なし							整容: 自立・一部介助・全介助		
理解記憶	・短期記憶: □問題なし □問題あり ・認知記憶: □自立 □多少困難 □要見守り □判断不可									
	・伝達能力: □伝達可 □多少困難 □具体的要求のみ □伝達不可									
問題行動	□無 □有(□幻覚 □妄想 □幻視 □幻聴 □奇声 □異食 □盗食 □暴言 □暴行 □徘徊									
	□昼夜逆転 □不潔行為 □性的問題行動 □介護拒否 □火の不始末 □その他()									
備考										