

情報提供書

受付No.

記録年月日 令和 年 月 日

記録者氏名

フリガナ				男・女	明治 大正 昭和	年 月 日生(歳)	
氏名							
現住所	〒 _____ _____ 電話 _____						
現状	1. 自宅に居住 2. 入院中 病院名 / _____ 診療科名 / _____ 病名 / _____ 3. 施設入所中 施設名 / _____ 4. その他 (_____)						
通院状況	無・有 病院名 / _____ 診療科 / _____ 病名 / _____					内服 無・有	
サービスの利用を希望する理由	_____ _____ _____ _____ _____						
被保険者番号				生保受給	無・有		
介護度	/ 年 月 日 ~ 年 月 日 / 年 月 日認定						
ケアマネ				居宅支援事業所			
負担段階	段階			負担割合	割		
身障手帳	無 / 有 (種 級 障害名 _____)						
家族構成	氏名	続柄	年齢	介護	家族図		
	_____	_____	_____	する・しない			
	_____	_____	_____	する・しない			
	_____	_____	_____	する・しない			
	_____	_____	_____	する・しない			
	_____	_____	_____	する・しない			
緊急連絡先	氏名 _____		続柄 _____	連絡先名 _____			
	住所 _____			電話 _____			
緊急連絡先	氏名 _____		続柄 _____	連絡先名 _____			
	住所 _____			電話 _____			
特記事項							

※ 備考等は余白に記載してください

社会福祉法人 北秋田市社会福祉協議会

項目	身体及び精神の状況
麻痺	無・有（ 上肢 右・左 / 下肢 右・左 ） 可動制限（ ）
視力	見える ・ 見えにくい ・ 見えない ・ 判断不能
聴力	普通 ・ 聞こえにくい ・ 聞こえない ・ 判断不能
歯	自歯 ・ 一部義歯 ・ 総義歯 ・ なし
言語	普通 ・ 少し障害あり ・ 障害
排尿	独自 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ カテーテル留置中
排便	独自 ・ 一部介助 ・ 全介助
食事	独自 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 経管栄養
入浴	独自 ・ 一部介助 ・ 全介助
洗面	独自 ・ 一部介助 ・ 全介助
着替え	独自 ・ 一部介助 ・ 全介助
歩行	独自 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
移動	独自 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
移乗	独自 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
褥創	無・有 → 部位：
精神状態等	<input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 清潔感喪失 <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 短期記憶障害 [特記事項] -----
睡眠	
趣味・嗜好	
金銭管理	可・不可
サービスの利用状況	・ 訪問介護（ ） ・ 訪問看護（ ） ・ 通所介護（ ） ・ 短期入所（ ） ・ 用具貸与（ ） ・ その他（ ） ケアタウン老健利用歴 無 / 有 → 前回 年 月 ～ 年 他施設申込み状況 [年 月]
ADL自立度	寝たきり度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
その他	