

利用者状況記録										作成日：平成 年 月 日			作成者		
利用者氏名					男・女	生年月日	M、T、S	年	月	日	歳				
住所	〒 -														
電話番号								適用開始	年	月	日				
介護保険	被保険者番号							有効期限	年	月	日				
認知症高齢者の日常生活自立度 無・有(I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV)								要介護度	要支援()・要介護()						
障害高齢者の日常生活自立度(J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2)								負担割合	1割 ・ 2割 ・ 割						
身体障害者手帳	種 級							負担限度額認定 不明 申請中 1 2 3 4							
緊急連絡先	家族	氏名					電話番号								
							携帯番号								
		住所					続柄								
	主治医	医療機関名					電話番号								
					住所										
居宅介護支援事業所							電話番号								
家族構成 [同居家族(有・無)]						居室環境特記	垂直手すり 有・無	ベッド向き 右降り・左降り	離床センサー 有・無	TV 有・無					
						既往歴									
最近の入院歴															
家族の習慣的・個別的な介護方法															
利用者・家族の利用目的・希望															

麻痺	1. 有(強、弱) 上肢(右、左) 下肢(右、左) 2. 無
拘縮	1. 有(強、弱) 上肢(右、左) 下肢(右、左) 2. 無
	(伸展、屈曲) (伸展、屈曲)
認知症	1. 有 2. 無
問題行動	被害妄想、作話、幻視、幻聴、感情不安定、昼夜逆転、暴言、暴行、大声を出す 同じ話を繰り返す、介護に抵抗、徘徊 収集癖、不潔行為、異食行為
	その他
入浴	1. 一般浴(自立、半介助、全介助) 2. 機械浴(半介助、全介助)
	個浴希望(1. 有 2. 無)
意思の疎通	1. できる 2. あいまい 3. ほとんどできない 2. できない
通院状況	1. 有 2. 無
	病院名
睡眠	1. 良眠 2. 時々眠れない 3. 不眠が多い・・・覚醒回数・時間帯など→
	睡眠薬(有・無)
服用薬	1. 有 2. 無 (お薬手帳などの薬情報の書類添付でも可能)
アレルギー	1. 有 2. 無
普段の血圧	
普段の体温	
備考	