

本人の状況について

生活歴	出生地及び転居歴	期間	住所（市町村まで）		
	特記				
性格	<input type="checkbox"/> 静かなほうが好き <input type="checkbox"/> 賑やかなほうが好き <input type="checkbox"/> どちらでも良い <input type="checkbox"/> 気が短い <input type="checkbox"/> 気が長い <input type="checkbox"/> 普通 協調性 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
	趣味・特技		嗜好品		
趣味など	食事	好きなもの	嫌いなもの		
		禁止の食べ物	アレルギー		
	喫煙	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う（1日 本）		飲酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む	
日常生活動作	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	形態	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	備考		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	形態	<input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> 座浴 <input type="checkbox"/> 特浴	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	形態	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ	
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	備考		
身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない		身長 cm 体重 kg	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない		発語 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由	
	理解力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 分かりにくい <input type="checkbox"/> 分からない		精神面 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定（ ）	
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ・Ⅵ）			
	行動・心理症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（暴言・暴行・不潔行為・一人が出たがる・一人で戻れない・常時の徘徊 介護抵抗・異食行為・昼夜逆転・火の不始末・物を壊す・その他			

健康状態について

現疾患				
	かかりつけ医：			
病歴				
医療的処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 点滴の管理 ・ 中心静脈栄養 ・ 透析 ・ ストマ ・ 酸素療法 ・ インシュリン注射 常時吸引（昼 回 / 夜 回） ・ レスピレーター（人口呼吸器） ・ 褥瘡の処置 気管切開 ・ 疼痛管理 ・ バルーンカテーテル留置 ・ 経管栄養（ ） モニター測定（血圧・心拍・酸素飽和度等） ・ その他（ ）			
内服薬	お薬手帳等 コピーのご提出でも可			
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	薬剤等のアレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	
皮膚刺激	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱い（ ）		麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
便秘	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（服薬： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有）		拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
睡眠	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良（服薬： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有）		褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
嚥下	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> つまる		湿疹	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
入れ歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 部分）		口腔保清	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要（ ）