

# 家族記入表

記入日 令和 年 月 日 記入者名

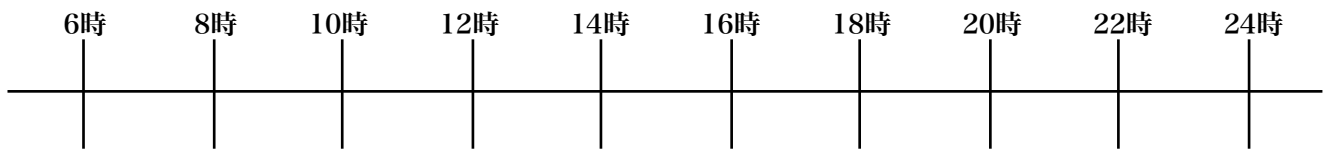
ふりがな 相談者		続柄	メールアドレス
住所	〒 ( ) -		
職業	( ) -		
ふりがな 相談したい方の名前		T・S	年 月 日生 歳 男・女
住所	〒 ( ) -		
<b>要介護度</b> ：要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 <b>負担割合</b> ：1割・2割・3割 <b>認定期間</b> ：H・R 年 月 日～H・R 年 月 日 <b>保険者名</b> ( ) <b>保険者番号</b> ( ) <b>被保険者番号</b> ( )			
<b>以前かかった大きな病気と年齢</b> ・ ( 歳頃) ・ ( 歳頃) ・ ( 歳頃)			
<b>希望</b> ： 1 <input type="checkbox"/> 入所 [ <input type="checkbox"/> 一般入所 <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ)] 2 <input type="checkbox"/> 通所(デイケア)			
<b>現所在地</b> ： <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院(入所)中 ( ) 入院(入所)日：平成・令和 年 月 日～			
<b>退院(退所)予定日</b> ：令和 年 月 日頃 ・未定			
<b>老人医療受給者証</b> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <b>身体障害者証</b> <input type="checkbox"/> あり ( 級) <input type="checkbox"/> なし			
<b>居宅</b> ： <input type="checkbox"/> 自家( <input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> マンション) <input type="checkbox"/> 借家( <input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> 他)			
<b>かかりつけ病院名</b> ： ( 科)			
<b>かかりつけ歯科名</b> ：			
<b>その他通院中の病院等</b>			
<b>当てはまる内容にチェックして下さい</b> <input type="checkbox"/> 物忘れ・置き忘れがめだつ <input type="checkbox"/> 同じことを繰り返し話したり、尋ねたりする <input type="checkbox"/> 社会的な出来事への関心が乏しくなった <input type="checkbox"/> 時々自分の家や部屋が分からない <input type="checkbox"/> 日常生活が一人ではとても無理 常時、助言や監視が必要である			

# 家族記入表

出生地：		長期に住んでいたところ	
信仰：		<input type="checkbox"/> 祖先崇拝 <input type="checkbox"/> その他( )	
以前の職業：		<input type="checkbox"/> 自営業( <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 漁業 <input type="checkbox"/> 商業) <input type="checkbox"/> 勤務( ) <input type="checkbox"/> その他	
性格：		<input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 他( )	
学歴：		<input type="checkbox"/> 尋常小学校 ・ <input type="checkbox"/> その他( )	
趣味：		若いとき	
アレルギー：		薬 <input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし 食物 <input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし	
現在の服薬について		<input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし	
嗜好品について		<input type="checkbox"/> タバコ( )本/日 ( 年間) <input type="checkbox"/> アルコール(ビール・焼酎・泡盛・ウイスキー)( )合/日	
食事状況		好きな食べ物 ( )	
主食( <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> アチビー <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> その他)		嫌いな食べ物 ( )	
副食( <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> キザミ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 特別食)			
入れ歯使用： <input type="checkbox"/> あり (上・下) <input type="checkbox"/> なし			
入れ歯の手入れ(洗浄など)： <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> できない			
食べ物を飲み込む力について： <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや弱い <input type="checkbox"/> 時々のだにつまらせる			
身長	cm	体重	kg
視力	普通	弱視	かすかに見える
聴力	普通	やや難聴	ほとんど聞こえない
言語	普通	やや言語障害	ろれつがまわらない
意識レベル	会話が理解できる	やや理解できる	全く理解できない
歩行	一人で歩ける	つたえ歩きはできる	車いす
排泄	自分でできる	一部介助が必要である	オムツ使用中
食事	自分でできる	一部介助が必要である	全介助である
<b>今後について</b>			
○在宅生活希望 ○在宅生活と施設生活の繰り返し希望 ○施設入所希望			
ホーム等申請状況 ○申請済 ○申請予定 ○検討中 ○しない			
申請先あるいは申請予定および検討先(申請先には"○"を予定及び検討先には"△"を記入して下さい)			
1. _____		2. _____	
3. _____		4. _____	

# 家族記入表(裏)

一日の過ごし方



一週間の過ごし方

# 家族記入表(裏)

家族構成 ※現在一緒に生活している方をおかきください				
ふりがな 氏 名	年 齢	職 業	続 柄	備 考

家系図 (本人(男性)＝”回” 本人(女性)＝”◎”)  
(男性＝”□” 女性＝”○”、男性(亡)＝”■” 女性(亡)＝”●”)

