

生活情報提供書

フリガナ			男 女	生年月日				
氏名				T S H R	年	月	日	
住所	〒							
緊急連絡先 (必ず三親等 以内の方の連 絡先をご記入 ください)	①氏名：			TEL：				
	住所：			携帯：				
	②氏名：			TEL：				
	住所：			携帯：				
病名				既往歴				
生活歴					アレルギー	□無 □有 ()		
					感染症	□無 □有 ()		
障がい支援区分	1・2・3・4・5・6			家族構成				
要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5							
認定日		有効期間						
ケアマネ 相談支援専門員	氏名： TEL：							キーパーソン：
家族連絡	□可（続柄： ） □不可（連絡がつかないと入院ができない場合があります。）							
付き添い	□可（続柄： ） 原則付き添いをお願いします。できない場合は事前にご相談ください。							
後見人・保佐人	□有 □無							
後見人または 保佐人の 氏名・連絡先	氏名： TEL：							
	住所：							

裏面もございます。

動作	寝返り	☐ できる	☐ 何かにつかまれば		☐ できない
	起き上がり	☐ できる	☐ 何かにつかまれば		☐ できない
	座位保持	☐ できる	☐ 支えあり		☐ できない
	移乗	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
	歩行	☐ できる	☐ 何かにつかまれば		☐ できない
栄養	摂取	☐ 経口	☐ 経管（経鼻・胃ろう）		
	嚥下状態	☐ 良	☐ 不良		
	摂取動作	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
	食事制限	☐ なし	☐ あり（ ）		
排泄	排泄	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
	☐ オムツ	☐ 紙パンツ	最終排便日（ / ）		
清潔	保清	☐ 介助なし	☐ 介助あり		
	更衣	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
	口腔ケア	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
	義歯	☐ あり	☐ なし		
	最終入浴日	（ / ）			
認知	物忘れ	☐ あり	☐ なし	自覚 ☐ あり	☐ なし
	問題行動	☐ なし	☐ 徘徊	☐ 介護抵抗	☐ 粗暴
		☐ その他	（ ）		
	意志の疎通	☐ 良	☐ 不良		
	言語障害	☐ なし	☐ あり		
	聴覚障害	☐ なし	☐ あり		
	視覚障害	☐ なし	☐ あり		
睡眠	眠剤の有無	☐ なし	☐ あり（ ）		
服薬	内服管理	☐ 本人	☐ 看護師		
	服薬行動	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
入院希望に至る経緯					
特記事項					