

# 要介護者の状況

健康保険証 番号		
現在の 居場所	<input type="checkbox"/> 自宅（単身） <input type="checkbox"/> （主な介護者と同居） <input type="checkbox"/> 自宅（主な介護者と別居） <input type="checkbox"/> 病院（一般病棟） <input type="checkbox"/> 病院（その他） <input type="checkbox"/> サービス付高齢者住宅 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人健康保険施設 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
日常生活の 自立度	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 一部困難 <input type="checkbox"/> 困難
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
要介護度	<input type="checkbox"/> 未認定 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 介護認定日： 年 月 日	

現病既往歴	認知症の診断名 <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型 <input type="checkbox"/> 血管性 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	現病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	主な既往歴
服用薬	
障害認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（以下、ありの場合のみ記入）
	名称
	番号 <span style="float: right;">期間</span>