

6. 生活状況

同居者の有無 あり なし 不明
 キーパーソン あり なし 不明

※キーパーソン「あり」の場合

氏名: 続柄:
 連絡先: - -

家族構成



生活歴(性格、学歴、職歴、趣味など分かる範囲で)

介護度

未申請 申請中 非該当 要支援1 要支援2
 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

ケアマネ

事業署名:

名前: 連絡先: - -

日常生活自立度

自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 不明

認知症自立度

自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M 不明

身体状況(当てはまる項目一つを選択)

移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	金銭管理 <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	買い物 <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	調理 <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	服薬管理 <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	意思決定/ 意志伝達 <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	

身体状況 特記事項
(オムツ使用、車いす利用など)

利用中のサービス(当てはまる項目全てを選択)

サービス利用なし 施設入所中 (施設名:)
 デイサービス・デイケア (回/ 週) ヘルパー (回/ 週) 訪看 (回/ 週) 訪問リハ (回/ 週)
 ショートステイ (日/月) 小規模多機能 (通所: / 週・訪問: / 週・宿泊: / 週)
 定期巡回 (日/ 週) その他 ()

ご本人のとらえ方

認知症ではないかと、かなり気にしている
 もの忘れを感じている
 全く気にしていない・自覚がない

家族のとらえ方

認知症だと思っている
 認知症かもしれない
 認知症とっていない

家族の介護に対する思い

家族で介護しようと思っている
 介護をどうすべきか悩んでいる
 家庭での介護は無理だと思っている

特記事項(家族背景・生活歴・本人への受診誘導の際の説明(ex: 健診目的と伝えている)など)