

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)