

介護保険

暮らしの情報



介護保険の情報

介護認定	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 非該当(自立) <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 総合事業			
介護支援 専門員 (ケアマネジャー)	事業所名		担当者	連絡先
利用 サービス (在宅サービス 施設名など)	種類	事業所名	利用回数等	連絡先
要介護状態 区分 (※)	認定有効期間		介護認定	ケアマネジャー名
	平成	年 月 日～	<input type="checkbox"/> 要支援()	
	平成	年 月 日～	<input type="checkbox"/> 要介護()	
	平成	年 月 日～	<input type="checkbox"/> 要支援()	
	平成	年 月 日～	<input type="checkbox"/> 要介護()	
	平成	年 月 日～	<input type="checkbox"/> 要支援()	
	平成	年 月 日～	<input type="checkbox"/> 要介護()	
× モ (障害者手帳などの他のサービスの状況などを記入しましょう)				

※介護認定が更新したときに書き足していきましょう。

介護保険の情報

介護認定	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 非該当(自立) <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 総合事業					
介護支援 専門員 (ケアマネジャー)	事業所名		担当者	連絡先		
利用 サービス (在宅サービス 施設名など)	種類	事業所名	利用回数等	連絡先		
要介護状態 区分 (※)	認定有効期間			介護認定	ケアマネジャー名	
	平成	年	月	日～	<input type="checkbox"/> 要支援()	
	平成	年	月	日～	<input type="checkbox"/> 要介護()	
	平成	年	月	日～	<input type="checkbox"/> 要支援()	
	平成	年	月	日～	<input type="checkbox"/> 要介護()	
	平成	年	月	日～	<input type="checkbox"/> 要支援()	
	平成	年	月	日～	<input type="checkbox"/> 要介護()	
平成	年	月	日～	<input type="checkbox"/> 要支援()		
平成	年	月	日～	<input type="checkbox"/> 要介護()		
メ モ (障害者手帳などの他のサービスの状況などを記入しましょう)						

※介護認定が更新したときに書き足していきましょう。

暮らしの情報

手帳を交付された時期の生活状況などをわかる範囲で記入してみましょう。

平成 年 月 日 記録

自力歩行	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助(状況: <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす) <input type="checkbox"/> できない		
外出状況	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> 家族等と一緒にできる <input type="checkbox"/> 外出しない <input type="checkbox"/> 外出できない (状況:)		
金銭管理	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> ほとんど介助が必要 (状況:)		
服薬管理	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> ほとんど介助が必要 (状況:)		
食事	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> ほとんど介助が必要 (状況:)		
口腔清掃	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> ほとんど介助が必要 (状況:)		
トイレ	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> ほとんど介助が必要 (状況:)		
排便	<input type="checkbox"/> 毎日あり <input type="checkbox"/> 2～3日ごと <input type="checkbox"/> 1週間以上(状況:) <input type="checkbox"/> 処置が必要(<input type="checkbox"/> 下剤 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> その他())		
排尿	<input type="checkbox"/> 頻回:()時間おき <input type="checkbox"/> 夜間頻回 <input type="checkbox"/> すっきり出ない (状況:)		
入浴	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> ほとんど介助が必要 (状況:)		
着脱	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> ほとんど介助が必要 (状況:)		
睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠れる <input type="checkbox"/> 少し眠れる <input type="checkbox"/> あまり眠れない <input type="checkbox"/> ほとんど眠れない <input type="checkbox"/> 眠剤の使用(有・無)(状況:)		
聴力	右	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 多少聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器(有・無) <input type="checkbox"/> 不明	
	左	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 多少聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器(有・無) <input type="checkbox"/> 不明	
視力	右	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 多少見える <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 不明	
	左	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 多少見える <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 不明	
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(お薬: /食べ物:) <input type="checkbox"/> 不明		
飲酒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 週に()日 (<input type="checkbox"/> ビール <input type="checkbox"/> 清酒 <input type="checkbox"/> 焼酎 <input type="checkbox"/> ウィスキー <input type="checkbox"/> ワイン)		
喫煙	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()本/日		
身長		cm	体重
			kg

生活・症状チェック表

経過がわかるように、おおよそ6か月ごとにチェックしてみましょう。

確認する項目		あてはまる番号をチェック欄に○印	年 月	年 月	年 月
行動	自力歩行	1 できる 2 一部介助 3 できない	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	外出状況	1 1人でできる 2 家族等と一緒にならできる 3 外出しない	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	金銭管理	1 できる 2 一部介助 3 全介助	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	服薬管理	1 できる 2 一部介助 3 全介助	1 2 3	1 2 3	1 2 3
食事の介助		1 なし 2 一部介助 3 全介助	1 2 3	1 2 3	1 2 3
口腔清掃の介助		1 なし 2 一部介助 3 全介助	1 2 3	1 2 3	1 2 3
トイレ	排せつ介助	1 なし 2 一部介助 3 全介助	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	尿・便失禁	1 なし 2 たまにある 3 あり	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	おむつ紙パンツ	1 なし 2 夜間のみ使用 3 常時使用	1 2 3	1 2 3	1 2 3
入浴の介助		1 なし 2 一部介助 3 全介助	1 2 3	1 2 3	1 2 3
着脱	着脱の介助	1 なし 2 一部介助 3 全介助	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	服の前後を間違える	1 なし 2 たまにある 3 あり	1 2 3	1 2 3	1 2 3
記憶	最近の出来事	1 ときどき忘れる 2 数日前のことを忘れている 3 数分前から数時間前のことを忘れている	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	過去の出来事	1 ときどき忘れる 2 数年前のことを忘れている 3 若いころのことを忘れている	1 2 3	1 2 3	1 2 3
他の症状の有無		1 徘徊 2 幻覚妄想 3 夜間不眠 4 興奮 5 日中傾眠 6 異食行為 7 不潔行為 8 火の不始末 9 無関心、意欲低下	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
介護者からみた印象		1 表情が良くなり穏やかになった 2 意欲が出てきた 3 同じことを繰り返す回数が減った 4 以前と変わらない 5 悪くなった	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
体 重			kg	kg	kg
記録者 (本人との関係)		()			

生活・症状チェック表

経過がわかるように、おおよそ6か月ごとにチェックしてみましょう。

確認する項目		あてはまる番号をチェック欄に○印	年 月	年 月	年 月
行動	自力歩行	1 できる 2 一部介助 3 できない	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	外出状況	1 1人でできる 2 家族等と一緒にならできる 3 外出しない	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	金銭管理	1 できる 2 一部介助 3 全介助	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	服薬管理	1 できる 2 一部介助 3 全介助	1 2 3	1 2 3	1 2 3
食事の介助		1 なし 2 一部介助 3 全介助	1 2 3	1 2 3	1 2 3
口腔清掃の介助		1 なし 2 一部介助 3 全介助	1 2 3	1 2 3	1 2 3
トイレ	排せつ介助	1 なし 2 一部介助 3 全介助	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	尿・便失禁	1 なし 2 たまにある 3 あり	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	おむつ紙パンツ	1 なし 2 夜間のみ使用 3 常時使用	1 2 3	1 2 3	1 2 3
入浴の介助		1 なし 2 一部介助 3 全介助	1 2 3	1 2 3	1 2 3
着脱	着脱の介助	1 なし 2 一部介助 3 全介助	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	服の前後を間違える	1 なし 2 たまにある 3 あり	1 2 3	1 2 3	1 2 3
記憶	最近の出来事	1 ときどき忘れる 2 数日前のことを忘れてしている 3 数分前から数時間前のことを忘れてしている	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	過去の出来事	1 ときどき忘れる 2 数年前のことを忘れてしている 3 若いころのことを忘れてしている	1 2 3	1 2 3	1 2 3
他の症状の有無		1 徘徊 2 幻覚妄想 3 夜間不眠 4 興奮 5 日中傾眠 6 異食行為 7 不潔行為 8 火の不始末 9 無関心、意欲低下	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
介護者からみた印象		1 表情が良くなり穏やかになった 2 意欲が出てきた 3 同じことを繰り返す回数が減った 4 以前と変わらない 5 悪くなった	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
体 重			kg	kg	kg
記録者 (本人との関係)		()			

生活・症状チェック表 (本人・家族用)

あてはまる項目にチェックしてみましょう。

※ご本人、ご家族がご記入ください。

記入日 項目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
身体症状	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 変わらない
	<input type="checkbox"/> 良くなっている	<input type="checkbox"/> 良くなっている	<input type="checkbox"/> 良くなっている
	<input type="checkbox"/> 悪くなっている	<input type="checkbox"/> 悪くなっている	<input type="checkbox"/> 悪くなっている
服薬	<input type="checkbox"/> すべて服薬	<input type="checkbox"/> すべて服薬	<input type="checkbox"/> すべて服薬
	<input type="checkbox"/> 半分程度服薬	<input type="checkbox"/> 半分程度服薬	<input type="checkbox"/> 半分程度服薬
	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない
食事	<input type="checkbox"/> よく摂れている	<input type="checkbox"/> よく摂れている	<input type="checkbox"/> よく摂れている
	<input type="checkbox"/> あまり摂れていない	<input type="checkbox"/> あまり摂れていない	<input type="checkbox"/> あまり摂れていない
	<input type="checkbox"/> まったく摂れていない	<input type="checkbox"/> まったく摂れていない	<input type="checkbox"/> まったく摂れていない
睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠れる	<input type="checkbox"/> よく眠れる	<input type="checkbox"/> よく眠れる
	<input type="checkbox"/> あまり眠れていない	<input type="checkbox"/> あまり眠れていない	<input type="checkbox"/> あまり眠れていない
	<input type="checkbox"/> まったく眠れていない	<input type="checkbox"/> まったく眠れていない	<input type="checkbox"/> まったく眠れていない
精神症状	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 変わらない
	<input type="checkbox"/> 良くなっている	<input type="checkbox"/> 良くなっている	<input type="checkbox"/> 良くなっている
	<input type="checkbox"/> 悪くなっている	<input type="checkbox"/> 悪くなっている	<input type="checkbox"/> 悪くなっている
(気になることや、困っていること、不便なことなどを記入しましょう)			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

生活・症状チェック表 (本人・家族用)

あてはまる項目にチェックしてみましょう。

※ご本人、ご家族がご記入ください。

記入日 項目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
身体症状	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 変わらない
	<input type="checkbox"/> 良くなっている	<input type="checkbox"/> 良くなっている	<input type="checkbox"/> 良くなっている
	<input type="checkbox"/> 悪くなっている	<input type="checkbox"/> 悪くなっている	<input type="checkbox"/> 悪くなっている
服薬	<input type="checkbox"/> すべて服薬	<input type="checkbox"/> すべて服薬	<input type="checkbox"/> すべて服薬
	<input type="checkbox"/> 半分程度服薬	<input type="checkbox"/> 半分程度服薬	<input type="checkbox"/> 半分程度服薬
	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない
食事	<input type="checkbox"/> よく摂れている	<input type="checkbox"/> よく摂れている	<input type="checkbox"/> よく摂れている
	<input type="checkbox"/> あまり摂れていない	<input type="checkbox"/> あまり摂れていない	<input type="checkbox"/> あまり摂れていない
	<input type="checkbox"/> まったく摂れていない	<input type="checkbox"/> まったく摂れていない	<input type="checkbox"/> まったく摂れていない
睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠れる	<input type="checkbox"/> よく眠れる	<input type="checkbox"/> よく眠れる
	<input type="checkbox"/> あまり眠れていない	<input type="checkbox"/> あまり眠れていない	<input type="checkbox"/> あまり眠れていない
	<input type="checkbox"/> まったく眠れていない	<input type="checkbox"/> まったく眠れていない	<input type="checkbox"/> まったく眠れていない
精神症状	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 変わらない
	<input type="checkbox"/> 良くなっている	<input type="checkbox"/> 良くなっている	<input type="checkbox"/> 良くなっている
	<input type="checkbox"/> 悪くなっている	<input type="checkbox"/> 悪くなっている	<input type="checkbox"/> 悪くなっている

(気になることや、困っていること、不便なことなどを記入しましょう)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....