

在宅福祉サービス利用者調書

1 サービスの利用をする者 調書作成期日 年 月 日

氏名		性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	(歳)
住所	藤枝市	電話番号	
介護認定	無・有 [要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)]		

2 同居者の状況 (介護者に○をつける↓)

氏名	性別	続柄	生年月日	職業	健康状態等	介護者

3 緊急連絡先

氏名	続柄	住所又は勤務先	電話番号

4 身体障害者手帳等 (該当箇所に○を付けてください。)

身体障害者手帳	無・有 (級) 障害名 ()
療育手帳	無・有 (A・B)

5 疾病の状況

現在症		既往症	
主治医		医療機関名	

6 身体状況 (該当箇所に○を付けてください。)

身長	cm	体重	kg	言葉	普通・やや不自由・不自由
視力	普通・弱視・全盲			床ずれ	無・有(部位:)
聴力	普通・やや難聴・難聴			麻痺	上肢(右・左)・下肢(右・左)
	(補聴器の使用 無・有)				体幹 その他()

(裏面へ続く)

7 日常生活動作の状況（以下の該当箇所に○を付けて下さい。）

移 動	自力での歩行 ・ 杖使用 ・ 一部介助 ・ はって移動 ・ 全介助		
座 位	座った姿勢を保てる … [背あて必要、不要] ・ 座位は不可能		
食 事	動 作	自分で可… [箸・スプーン・手づかみ] ・ 一部介助 ・ 全介助	
	内 容	普通食 ・ おかゆ ・ 流動食 ・ 経管栄養	
排 泄	尿	トイレ… [自力 ・ 補助] ・ ポータブル ・ カテーテル	
		おむつ… [夜間だけ ・ 昼夜]	尿 意 無 ・ 有
	便	トイレ… [自力 ・ 補助] ・ ポータブル ・ 人工肛門	
		おむつ… [夜間だけ ・ 昼夜]	便 意 無 ・ 有
入 浴	自力で可 ・ 一部介助 ・ 全介助 （自宅浴槽での入浴 可・不可）		
着 替	自力で可 ・ 一部介助 ・ 全介助		
整 容	自力で可 ・ 一部介助 ・ 全介助		
意志疎通	通じる ・ ある程度通じる ・ ほとんど通じない		

8 精神の状態

性 格	ア.朗らか イ.親しみやすい ウ.几帳面 エ.凝り性 オ.神経質
	カ.人にとけこめない キ.好き嫌が多い ク.わがまま ケ.頑固
	コ.短気 サ.無口 シ.融通がきかない ス.その他（ ）
対人関係	協調的 ・ 普通 ・ 拒否的
精神障害	無 ・ 有 状態（ ）

9 認知症の状態

記憶障害	無・有（重度 中度 軽度）
失見当	無・有（重度 中度 軽度）
幻 覚	無・有（重度 中度 軽度）
妄 想	無・有（重度 中度 軽度）

10 問題行動

攻撃的行動	無・有（常時 時々 まれ）
自傷行為	無・有（常時 時々 まれ）
火の扱い	無・有（常時 時々 まれ）
徘徊	無・有（常時 時々 まれ）
不穏興奮	無・有（常時 時々 まれ）
不潔行為	無・有（常時 時々 まれ）
失禁	無・有（常時 時々 まれ）

備考

在宅福祉サービス利用についての情報提供書

住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____

1 病名				
(1)	(2)	(3)		
(4)	(5)			
2 現病症／経過				
3 現症	日常の血圧	／		mmHg
麻痺（右／左）	歩行困難	言語障害	認知症	
経口摂取困難	難聴	視覚障害		
その他				
ADL	寝たきり	車椅子生活		
自分のことは可能				
4 感染症	(1) 結核症	[レントゲン所見]	有 ()	無 不明
	(2) 疥癬などの伝染症皮膚疾患		有 ()	無 不明
	(3) その他			
5 入浴の可否／注意事項	じょく創の有無など			
6 その他注意事項				

藤枝市長宛

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

医療機関名

医師名

