

緊急生活支援宿泊サービス日常生活動作能力表

作成日 年 月 日

フリガナ 氏名	男・女		生年月日 M・T・S 年 月 日 歳	
住所			電話番号	
支援事業所・ケアマネージャー名		TEL:		
認定情報		介護度	家族構成	
令和 年 月 日～令和 年 月 日				
被保険者番号				
介護保険負担割合	1割・2割・3割			
負担限度額認定	1・2・3①・3②・4段階・申請これから			
家族状況 (緊急連絡先順)	氏名(本人除く)	続柄	同居・別居	住所・電話番号(別居の場合のみ記入)
サービスの利用(あり・なし) 施設名() 利用曜日(月・火・水・木・金・土・日)				
緊急搬送病院名もしくはかかりつけ医: Tel				
食事	【介助】自力・一部介助・全介助 【主食】ご飯・軟飯・粥・ミキサー 【副食】常食・刻み・極刻み・ミキサー 【アレルギー・禁食】		【水分】トロミ(有・無) 【麺類】(有・無) 【嚥下状態】 【義歯】(有:上・下・無) 【うがい】(可・不可)	
排泄	【日中】自立・トイレ誘導・オムツ・トイレ 排便状況:		【夜間】自立・トイレ誘導・オムツ・トイレ 夜間のトイレの回数等:	
移動・移乗	【介助】自力・一部介助・全介助 【福祉用具】歩行器・シルバーカー・杖 【車イス】標準型・自操式・リクライニング		【立位、歩行状態】	
入浴	【入浴形態】座位浴・臥床浴 自宅での入浴状況:	コミュニケーション	【認知症】(有・無) 【補聴器】(右・左)	
睡眠	【ベッド対応】(褥瘡予防マット・エアマット) 【体位交換】(有・無) 【睡眠状況】(良民・不眠)	安全留意	【ベッドセンサー必要性】(有・無) 【車椅子上離床センサー必要性】(有・無)	
身体状況	【麻痺】(有・無 :) 【拘縮】(有・無 :) 【褥瘡】(有・無 :)	お薬	【内服薬】食後・食前・起床時・眠前・屯用 【その他】目薬・湿布・軟膏	
既往歴・現病、医療的処置の有無				