

【みやっこケアシート】

記入事業所名

、職種

、氏名

記入日 年 月 日	被保険者番号:000	介護度: 要支援 介護 1. 2. 3. 4. 5
ふりがな:	認定日	有効期限:
名前:	障害高齢者自立度: J1・J2、A1・A2、B1・B2、C1・C2	
生年月日: 年齢 歳	認知症高齢者自立度: I、IIa・IIb、IIIa・IIIb、IV、M	
性別 男・女	障害者手帳: 有・無	減免等: 有・無
住所:〒	週間スケジュール	金:
西宮市	月:	土:
電話番号	火:	日:
	水:	その他
	木:	

◎健康状態

◎心身機能

【 _____ 医師から(今後の経過や留意点など)の説明】	【身体・口腔の状態】
【現病歴・既往歴】	【睡眠・精神状態】
	【医療処置・処方: 有・無】

◎活動

移動:
移乗:
座位:
排泄:
食事:
服薬:
口腔ケア:
入浴:
更衣:
家事:
他「 _____ 」
他「 _____ 」

◎役割・参加の状況・希望

--

◎取り巻く環境

【家族構成】	連絡者1. 続柄(_____)、氏名 住所: 緊急連絡先: ○連絡者1のかかわり・事情など:
【住環境】	連絡者2. 続柄(_____)、氏名 住所: 緊急連絡先: ○連絡者2のかかわり・事情など:
【受診機関1】	【かかりつけ薬局】
【受診機関2】	

◎ご本人らしさ

【ご本人の望む暮らし・得たいサポート】	【ご家族の希望・得たいサポート】
【人生のしめくりに必要なサポート】	* 希望する緊急時の対応