みやっこケアシート

ふりがな:
名前:
生年月日: 年齢 歳 男 女
住所:〒 西宮市
電話番号

健康状態

「＿＿＿＿＿＿＿＿医師から（今後の経過など）」
現病歴・既往歴

被保険者番号:000	要支援 介護1. 2. 3. 4. 5
認定日	有効期限:
障害高齢者自立度: J1 ・J2、 A1 ・A2、 B1 ・B2、 C1 ・C2	
認知症高齢者自立度: Ⅰ、 Ⅱa ・Ⅱb、 Ⅲa ・Ⅲb、 Ⅳ、 M	
障害者手帳: 無 ・有	減免等: 無 ・有

週間スケジュール

月:	金:
火:	土:
水:	日:
木:	他:

心身機能、身体構造

〈身体機能:麻痺・筋力・内臓など〉

〇口腔の状態: 不明 ・良 ・不良
義歯:なし ・ あり （ 一部 ・ 全部 ）

＜精神機能:理解・記憶など＞

〇睡眠:
〇処方: なし ・ あり
〇医療処置: なし ・あり

活動

移動
移乗
座位
排泄
更衣
入浴
口腔ケア
食事摂取
食事内容
服薬状況
家事
その他

参加

＜参加＞

＜役割・かかわり＞

環境因子

氏名・（続柄 ）	＜家族構成＞
住所:〒 緊急連絡先: 特記事項:（役割・かかわり・暮らし・健康状態）	
氏名・（続柄 ）	＜住環境:屋内・周囲・近隣＞
住所:〒 緊急連絡先: 特記事項:（役割・かかわり・暮らし・健康状態）	〇福祉用具 なし ・あり
①受診機関: ②受診機関:	〈かかりつけ薬局〉

個人因子

＜ご本人意向:思い・気持ち＞

＜家族意向:思い・気持ち＞

（生活歴、過ごし方、趣味）

＜得たいサポート・医療: ①望む暮らしのために、 ②人生のしめくくりのために、 ③緊急時対応の希望＞

記入事業者名: 職種: 氏名:

令和 年 月 日