

事例名		事業所名: 氏名:	別紙2:見本
概要	()さん 男女 歳	要介護度: 日常生活自立度: 認知症日常生活自立度:	
	世帯状況: 高齢者のみ 独居 それ以外()		
	生活歴:		
	本人の要望		
	家族の希望		
	住環境 一戸建て 集合住宅()階エレベーター(有 無)		居住年数:
要	住宅の状況:		
	平均的な1日の流れ:(規則的 不規則) 起床(時頃) 就寝(時頃) 食事(朝: 時頃、昼 時頃、夕: 時頃)		家族構成
	日中の過ごし方:		
	介護者の状況や特記事項		
	病名:		
	身体状況	受診:(通院 往診 月 回)	科名:
服薬:(なし あり) 服薬管理:(できる できない)		身長: cm 体重 kg	
薬品名、量		BMI()	
視力:			
聴力:			
体調の変化:			
認知の状況:			
コミュニケーション(会話、電話など):			
ADL等	歩行・移動:		
	入浴:		
	排泄:		
	整容・清潔:		
	衣服着脱:		
	口腔衛生:		
食事摂取:			
家事	食事づくり、内容:		
	掃除・洗濯:		
	その他 生活管理全般(戸締まり、冷暖房などに関する事)		
家族関係・社会交流等	経済:		
	家族関係:		
	社会交流: 本人:		
	家族:		
	ストレス: 本人:		
	家族:		

②① 介護者のストレ

ニーズの有無 ニーズがある場合はこの欄に を記入 有無の判断根拠を「根拠」の欄に記入