

介護認定を申請していない方及び自立判定を受けた方は、生活状況等を把握している、病院のソーシャルワーカー、地域包括支援センター職員、保健師、親族等に記入してもらってください。

記入日 年 月 日

記入者	所 属			電話番号			
	氏 名						
対象者	氏 名		生年月日	年 月		日生	
	住 所	玉野市			年齢	歳	
	電話番号				性別	男 ・ 女	
	介護認定申請	未申請 ・ 申請中 ・ 要支援 1 ・ 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 非該当					
家族状況	世帯状況	独居 ・ 高齢者世帯 ・ 日中独居 ・ その他（ ）					
	緊急連絡先	氏名： （続柄 ） 電話番号：					
生活状況	食 事 摂 取	☐ 支障なし		☐ やや困難		☐ 困難	
	買 い 物	☐ 支障なし		☐ やや困難		☐ 困難	
	配 ・ 下 膳	☐ 支障なし		☐ やや困難		☐ 困難	
	献 立 ・ 調 理	☐ 支障なし		☐ やや困難		☐ 困難	
	ゴ ミ 出 し	☐ 支障なし		☐ やや困難		☐ 困難	
	食 費 管 理	☐ 支障なし		☐ やや困難		☐ 困難	
	火 気 管 理	☐ 支障なし		☐ やや困難		☐ 困難	
	食事支援	☐ 同居家族 ☐ 親族 ☐ 介護サービス ☐ 支援なし （通い支援、差し入れ、買い物援助等）					
	調理・食事設備	☐ 支障なし		☐ やや不十分		☐ 設備なし	
	食 事 回 数	回／日		外食頻度	回／週		
	一緒に食べる人	有 ・ 無					
	食 品 購 入 先	生活圏内に 有 ・ 無					
経 済 的 負 担	☐ 支障なし		☐ やや困難		☐ 困難		
健康管理状況	現 病 歴	☐ なし ・ ☐ あり（病名： ）					
	通 院 ・ 往 診 等	☐ なし ・ ☐ あり（頻度： 週 回 又は 月 回）					
	か かり つ け 医						
サービスの利用	介護保険サービス	☐ 利用していない ・ ☐ 利用している （利用中のサービス名 ）					
	介護保険以外のサービス	☐ 利用していない ・ ☐ 利用している （利用中のサービス名 ）					
特 記 事 項							
