

家族記入表

記入日 令和 年 月 日 記入者名

ふりがな 相談者		続 柄	メールアドレス
住 所	〒 () -		
職 業	() -		

ふりがな 相談したい方の名前		T・S 年 月 日生 歳 男・女
-------------------	--	------------------

住 所	〒 () -
-----	---------

要介護度：要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 負担割合：1割・2割・3割
認定期間：H・R 年 月 日～H・R 年 月 日
保険者名 () 保険者番号 ()
被保険者番号 ()

以前かかった大きな病気と年齢
・ (歳頃)
・ (歳頃)
・ (歳頃)

希望： 1 ☐ 入所 [☐ 一般入所 ☐ 短期入所(ショートステイ)] 2 ☐ 通所(デイケア)

現所在地： ☐ 在宅 ☐ 入院(入所)中 ()
入院(入所)日：平成・令和 年 月 日～

退院（退所）予定日：令和 年 月 日頃 ・未定

老人医療受給者証 ☐ あり ☐ なし 身体障害者証 ☐ あり (級) ☐ なし
--

居宅： ☐ 自家(☐ 一戸建 ☐ マンション) ☐ 借家(☐ 一戸建 ☐ アパート ☐ マンション ☐ 他)
--

かかりつけ病院名： (科)

かかりつけ歯科名：

その他通院中の病院等

当てはまる内容にチェックして下さい
☐ 物忘れ・置き忘れがめだつ ☐ 同じことを繰り返し話したり、尋ねたりする
☐ 社会的な出来事への関心が乏しくなった ☐ 時々自分の家や部屋が分からない
☐ 日常生活が一人ではとても無理 常時、助言や監視が必要である

出生地：		長期に住んでいたところ	
信仰：□祖先崇拝 □その他()			
以前の職業：□自営業(□農業 □漁業 □商業) □勤務()□その他			
性格：□朗らか □社交的 □几帳面 □短気 □無口 □わがまま □他()			
学歴： □尋常小学校 ・□その他()			
趣味：		若いとき	
アレルギー：薬 □あり()□なし 食物 □あり()□なし			
現在の服薬について □あり()□なし			
嗜好品について □タバコ()本/日 (年間) □アルコール(ビール・焼酎・泡盛・ウイスキー)()合/日			
食事状況			
主食(□米飯 □アチビー □おかゆ □パン □その他)		好きな食べ物 ()	
副食(□普通食 □キザミ食 □ミキサー食 □特別食)		嫌いな食べ物 ()	
入れ歯使用：□あり（上・下）□なし			
入れ歯の手入れ(洗浄など)：□自分でできる □できない			
食べ物を飲み込む力について：□問題なし □やや弱い □時々のだにつまらせる			
身長	cm	体重	kg
視力	普通	弱視	かすかに見える
聴力	普通	やや難聴	ほとんど聞こえない
言語	普通	やや言語障害	ろれつがまわらない
意識レベル	会話が理解できる	やや理解できる	全く理解できない
歩行	一人で歩ける	つたえ歩きはできる	車いす
排泄	自分でできる	一部介助が必要である	オムツ使用中
食事	自分でできる	一部介助が必要である	全介助である
今後について			
○在宅生活希望 ○在宅生活と施設生活の繰り返し希望 ○施設入所希望			
ホーム等申請状況 ○申請済 ○申請予定 ○検討中 ○しない			
申請先あるいは申請予定および検討先(申請先には"○"を予定及び検討先には"△"を記入して下さい)			
1. _____		2. _____	
3. _____		4. _____	

家族記入表(裏)

一日の過ごし方

6時	8時	10時	12時	14時	16時	18時	20時	22時	24時

一週間の過ごし方

家族構成 ※現在一緒に生活している方をおかきください				
ふりがな 氏 名	年 齢	職 業	続 柄	備 考

家系図（本人(男性)＝”回” 本人(女性)＝”◎”）
（男性＝”□” 女性＝”○”、男性(亡)＝”■” 女性(亡)＝”●”）

