

# 利用者状況記録

今回記録日：平成 年 月 日

前回記録日：平成 年 月 日

記録者職・氏名： \_\_\_\_\_

利用者氏名	男・女	生年月日	M.T.S	年 月 日	年齢	才	
住所	〒 _____ _____ 電話番号 _____						
公費負担医療	公費負担者番号	_____	適用開始	年 月 日			
	公費受給者番号	_____	有効期限	年 月 日			
介護保険	被保険者番号	_____	要介護度	要支援 ( ) ・ 要介護 ( )			
	要介護等認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日					
	認定審査会意見						
	他サービス利用状況	訪問系サービス		通所系サービス		その他サービス	
		訪問介護	週 回	通所介護	週 回	福祉用具貸与	(品目)
訪問入浴介護		週 回	通所リハビリテーション	週 回			
訪問看護		週 回					
訪問リハビリテーション	週 回						
居宅療養管理指導	週 回						
短期入所利用日数	日/月当たり・年当たり						
身体障害者手帳交付の有無等	有 ・ 無 (有の場合手帳の種類 _____)						
障害福祉サービス(居宅介護・重度訪問介護等)受給の有無等	有 ・ 無 (有の場合(障害程度区分 _____) 支給決定時間数 _____ 居宅介護 _____ 時間・重度訪問介護 _____ 時間)						
民生委員	氏名	住所 _____ 電話番号 _____					
緊急時の連絡先	家族	氏名 続柄	〒 _____ 電話番号 _____				
	主治医	医療機関名称 医師氏名	電話番号 _____				
家族構成図(介護者の状況等)			住居の状況：一戸建て(平屋・〇階建・中・高層アパート・マンション) (間取り等の略図)				
※ 親子、配偶関係を階層的に記するなど、分かりやすい表記となるよう工夫することが望ましい。							
主たる介護者( ) 同居家族(有 ・ 無)							
生活歴・職業歴・婚姻歴等			屋内外の移動等に際して、留意すべき事項				
※ 必ずしも、聴き取らなければならない情報ではないが、サービス提供を行う上での禁忌(タブー)の把握を行うといった点で有用であると考え。							

既往症 疾患名 ( ) 発症時期 ( 年 月頃) 受療の有無 (治癒・治療中・放置) 疾患名 ( ) 発症時期 ( 年 月頃) 受療の有無 (治癒・治療中・放置) 疾患名 ( ) 発症時期 ( 年 月頃) 受療の有無 (治癒・治療中・放置) 疾患名 ( ) 発症時期 ( 年 月頃) 受療の有無 (治癒・治療中・放置)
通院の状況 (上記において治療中である場合) 医療機関名 ( ) 主治医氏名 ( ) 服薬 (有・無) 医療機関名 ( ) 主治医氏名 ( ) 服薬 (有・無) 医療機関名 ( ) 主治医氏名 ( ) 服薬 (有・無) 医療機関名 ( ) 主治医氏名 ( ) 服薬 (有・無)
認知症老人の日常生活自立度 ・判定日: 年 月 日 判定結果: I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M ・判定日: 年 月 日 判定結果: I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M ・判定日: 年 月 日 判定結果: I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M ・判定日: 年 月 日 判定結果: I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M
障害老人の日常生活自立度 ・判定日: 年 月 日 判定結果: J ・ A ・ B ・ C ・判定日: 年 月 日 判定結果: J ・ A ・ B ・ C ・判定日: 年 月 日 判定結果: J ・ A ・ B ・ C ・判定日: 年 月 日 判定結果: J ・ A ・ B ・ C
ご家族の習慣的・個別的な介護方法

ADLの状況		援助の必要性 (有・無)
歩 行		見守り・一部介助・全介助
食 事		見守り・一部介助・全介助
排 泄		見守り・一部介助・全介助
入 浴		見守り・一部介助・全介助
整 容		見守り・一部介助・全介助
意思疎通		見守り・一部介助・全介助
その他		見守り・一部介助・全介助

サービス担当者会議の概要

- (初回) 開催日及び出席者：平成 年 月 日 ( )  
会議内容及び結論等：
- ( 回) 開催日及び出席者：平成 年 月 日 ( )  
会議内容及び結論等：
- ( 回) 開催日及び出席者：平成 年 月 日 ( )  
会議内容及び結論等：
- ( 回) 開催日及び出席者：平成 年 月 日 ( )  
会議内容及び結論等：
- ( 回) 開催日及び出席者：平成 年 月 日 ( )  
会議内容及び結論等：
- ( 回) 開催日及び出席者：平成 年 月 日 ( )  
会議内容及び結論等：
- ( 回) 開催日及び出席者：平成 年 月 日 ( )  
会議内容及び結論等：
- ( 回) 開催日及び出席者：平成 年 月 日 ( )  
会議内容及び結論等：

記載欄が不足する場合は、別葉とするなど工夫してください。

居宅介護支援事業者名（事業者番号）担当介護支援専門員Tel. — —

( )

希望する品目並びに利用者及び家族の意向・希望等	福祉用具専門相談員の意見等
<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 特殊尿器 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具（入浴用いす、浴槽用手すり、浴槽内いす、入浴台、浴室内すのこ、浴槽内すのこ） <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分	福祉用具の品目ごとに、 ① 選定した日付 ② 選定した機種（型番） ③ 選定理由（福祉用具専門相談員の意見を付記） ④ 搬入（予定）日時 ほかを記入すること。

○ 貸与する福祉用具の機能、使用方法の説明等

説 明 日	説 明 内 容	利用者同意
担当者職・氏名		(印鑑またはサイン)
年 月 日 ( )	※ 使用説明書、カタログ等を添付すること ( )	
年 月 日 ( )	※ 使用説明書、カタログ等を添付すること ( )	
年 月 日 ( )	※ 使用説明書、カタログ等を添付すること ( )	

○ 貸与する福祉用具の調整及び利用者に対する指導等

貸与品目	調整（フィッティング）の概要	利用者に対する指導
( )		実 施 日：年 月 日 担当者職・氏名：( ) 指 導 内 容： ( )
( )		実 施 日：年 月 日 担当者職・氏名：( ) 指 導 内 容： ( )

サービス提供を行う上で留意すべき事項（福祉用具の運送・設置に関する事項を含む。）

その他の費用

○ 通常の事業の実施地域を越えた地域への交通費所要額

・ 自動車を使用する場合

事業所から利用者居宅までの距離            km    運営規程に定める額                            円

・ 公共交通機関を利用する場合

電車（〇〇駅から〇〇駅まで    円）

バス（〇〇停留所から〇〇停留所まで                                    円）

その他（    円）    合    計（    円）

○ 福祉用具の搬出入に特別な費用が必要な場合の所要額

・ クレーン車を使用する場合の所要額（時間当たり                                    円×〇〇時間＝                                    円）

・ 通常必要となる人数以上の従事者を当てる場合（時間当たり                                    円×〇〇時間＝                                    円）

他事業所利用状況

サービス種別	事業所名称	利用頻度		
		週当たり	回	時間程度
		週当たり	回	時間程度
		週当たり	回	時間程度
		週当たり	回	時間程度
		週当たり	回	時間程度
		週当たり	回	時間程度
		週当たり	回	時間程度
		週当たり	回	時間程度