

# 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 特定福祉用具販売
訪問入浴介護		週 回	通所リハビリテーション	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					
健康手帳交付の有無	有 ・ 無 (老人保健法第12条による市町村が保険事業の一環として交付するもの)					
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 ※ 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。			屋内外の移動等に際して、留意すべき事項			

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

— —

( )

希望するサービス内容及び利用者及び家族の意向・希望	希望曜日・時間
	月 〇〇：〇〇～〇〇：〇〇
	火 〇〇：〇〇～〇〇：〇〇
	水 〇〇：〇〇～〇〇：〇〇
	木 〇〇：〇〇～〇〇：〇〇
	金 〇〇：〇〇～〇〇：〇〇
	土 〇〇：〇〇～〇〇：〇〇
	日 〇〇：〇〇～〇〇：〇〇

主治医の指示及び訪問看護計画書の作成等

区分	指示書交付日 有効期間満了日	主治医	訪問看護計画書 作成日	訪問看護報告書 作成日
指示書 特別指示書	年 月 日 年 月 日	〇〇病院・診療所 氏名：	年 月 日	年 月 日
指示書 特別指示書	年 月 日 年 月 日	〇〇病院・診療所 氏名：	年 月 日	年 月 日
指示書 特別指示書	年 月 日 年 月 日	〇〇病院・診療所 氏名：	年 月 日	年 月 日
指示書 特別指示書	年 月 日 年 月 日	〇〇病院・診療所 氏名：	年 月 日	年 月 日
指示書 特別指示書	年 月 日 年 月 日	〇〇病院・診療所 氏名：	年 月 日	年 月 日
指示書 特別指示書	年 月 日 年 月 日	〇〇病院・診療所 氏名：	年 月 日	年 月 日
指示書 特別指示書	年 月 日 年 月 日	〇〇病院・診療所 氏名：	年 月 日	年 月 日
指示書 特別指示書	年 月 日 年 月 日	〇〇病院・診療所 氏名：	年 月 日	年 月 日
指示書 特別指示書	年 月 日 年 月 日	〇〇病院・診療所 氏名：	年 月 日	年 月 日
指示書 特別指示書	年 月 日 年 月 日	〇〇病院・診療所 氏名：	年 月 日	年 月 日
指示書 特別指示書	年 月 日 年 月 日	〇〇病院・診療所 氏名：	年 月 日	年 月 日
指示書 特別指示書	年 月 日 年 月 日	〇〇病院・診療所 氏名：	年 月 日	年 月 日
指示書 特別指示書	年 月 日 年 月 日	〇〇病院・診療所 氏名：	年 月 日	年 月 日
指示書 特別指示書	年 月 日 年 月 日	〇〇病院・診療所 氏名：	年 月 日	年 月 日
指示書 特別指示書	年 月 日 年 月 日	〇〇病院・診療所 氏名：	年 月 日	年 月 日
指示書 特別指示書	年 月 日 年 月 日	〇〇病院・診療所 氏名：	年 月 日	年 月 日
指示書 特別指示書	年 月 日 年 月 日	〇〇病院・診療所 氏名：	年 月 日	年 月 日
指示書 特別指示書	年 月 日 年 月 日	〇〇病院・診療所 氏名：	年 月 日	年 月 日
指示書 特別指示書	年 月 日 年 月 日	〇〇病院・診療所 氏名：	年 月 日	年 月 日
指示書 特別指示書	年 月 日 年 月 日	〇〇病院・診療所 氏名：	年 月 日	年 月 日

サービス提供を行う上で留意すべき事項

(医療保険の算定)

◎ 該当疾病

- 特別指示書によるもの(診断名・病状等： )
- 末期の悪性腫瘍(診断名・病状等： )
- 厚生労働大臣が定める疾病
  - 多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン舞踏病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。)をいう。)、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態

◎ 留意事項

(緊急時訪問)

◎ 緊急時訪問が必要な理由

◎ 想定される緊急時訪問の時間帯及び頻度等

◎ 緊急時の従業者等の連絡先

職 氏 名	(管理者)
住 所	
電 話 番 号	(自 宅) (携 帯)

◎ 緊急時訪問看護加算に係る利用者同意

- ・ 同意した日： 年 月 日
- ・ 同意書面：別添「緊急時訪問看護加算に係る利用者同意書」のとおり

◎ 留意事項

(特別管理)

◎ 特別管理が必要な理由

- 主治医による在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理又は在宅気管切開患者指導管理を受けている状態
- 気管カニューレ、ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態
- 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

◎ 留意事項

(OT、PT、STによる訪問看護の提供)

◎ OT、PT、STによる訪問看護を提供する場合は、その理由

重要事項説明・契約締結等

重要事項説明日	区分	説明事項・内容等	契約締結日	区分	契約締結・変更等
年 月 日	新規	サービス開始前	年 月 日	新規	サービス開始時
年 月 日	変更	〇〇〇の変更による。	年 月 日	変更	
年 月 日	変更	◎◎◎の変更による。	年 月 日	変更	
年 月 日	変更	△△△変更による。	年 月 日	変更	
年 月 日	変更	▲▲▲の変更による。	年 月 日	変更	
年 月 日	変更	〇〇〇の変更による。	年 月 日	変更	
			年 月 日	終了	契約の終了

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）

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