

# 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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">訪問系サービス</th> <th colspan="2">通所系サービス</th> <th colspan="2">その他サービス</th> </tr> <tr> <td>訪問介護</td> <td>週 回</td> <td>通所介護</td> <td>週 回</td> <td rowspan="4">福祉用具貸与 特定福祉用具販売</td> <td rowspan="4">(品目)</td> </tr> <tr> <td>訪問看護</td> <td>週 回</td> <td>通所リハビリテーション</td> <td>週 回</td> </tr> <tr> <td>訪問リハビリテーション</td> <td>週 回</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>居宅療養管理指導</td> <td>週 回</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	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	(品目)	訪問看護	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
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	(品目)																								
訪問看護	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																												
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														
	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:10%; text-align: center;">月</td><td>〇〇：〇〇～〇〇：〇〇</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">火</td><td>〇〇：〇〇～〇〇：〇〇</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">水</td><td>〇〇：〇〇～〇〇：〇〇</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">木</td><td>〇〇：〇〇～〇〇：〇〇</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">金</td><td>〇〇：〇〇～〇〇：〇〇</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">土</td><td>〇〇：〇〇～〇〇：〇〇</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">日</td><td>〇〇：〇〇～〇〇：〇〇</td></tr> </table>	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
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														
看護職員に代えて介護職員を充てる場合の主治医の意見の確認 ・ 主治医氏名： ・ 意見の概要： <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</span>  ・ 確認した日：      年    月    日 ※ 利用者の身体の状況が安定していること等から、入浴により利用者の身体の状況等に支障を生ずるおそれがないと認められる場合に限る。															
サービス提供を行う上で留意すべき事項 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 20px; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;">入浴に際して、医師から指示持を受けた内容及び留意点等について記載すること。            例) バイタル測定値における指示「血圧〇〇以下、心拍数〇〇以下の場合に入浴可」            じょく創部分の保護方法等の指示            使用する石鹸、シャンプーほか、入浴施行上の禁忌など</p> </div>															
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 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 ○ 利用者の選定により提供する特別な浴槽水の所要額 1ℓ当たり      円×〇〇〇ℓ＝      円)															
<b>重要事項説明・契約締結等</b>															
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										

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