

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	通所リハビリテーション	週 回	福祉用具貸与 特定福祉用具販売
訪問入浴介護	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			送迎等に際して、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

	月	火	水	木	金	土	日
曜日別の希望	<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 利用
	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 食事
	<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 入浴
	<input type="checkbox"/> 送迎	<input type="checkbox"/> 送迎	<input type="checkbox"/> 送迎	<input type="checkbox"/> 送迎	<input type="checkbox"/> 送迎	<input type="checkbox"/> 送迎	<input type="checkbox"/> 送迎
	<input type="checkbox"/> 個別訓練	<input type="checkbox"/> 個別訓練	<input type="checkbox"/> 個別訓練	<input type="checkbox"/> 個別訓練	<input type="checkbox"/> 個別訓練	<input type="checkbox"/> 個別訓練	<input type="checkbox"/> 個別訓練
	<input type="checkbox"/> 栄養ケア	<input type="checkbox"/> 栄養ケア	<input type="checkbox"/> 栄養ケア	<input type="checkbox"/> 栄養ケア	<input type="checkbox"/> 栄養ケア	<input type="checkbox"/> 栄養ケア	<input type="checkbox"/> 栄養ケア
	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上
	<input type="checkbox"/> 若年性認知症ケア	<input type="checkbox"/> 若年性認知症ケア	<input type="checkbox"/> 若年性認知症ケア	<input type="checkbox"/> 若年性認知症ケア	<input type="checkbox"/> 若年性認知症ケア	<input type="checkbox"/> 若年性認知症ケア	<input type="checkbox"/> 若年性認知症ケア
提供時間の希望	<input type="checkbox"/> 3～4時間 <input type="checkbox"/> 4～6時間 <input type="checkbox"/> 6～8時間 <input type="checkbox"/> 8～〇時間						
	※ 利用者の希望する提供時間が、当該事業所における提供時間と異なる場合は、その理由 ()						

サービス提供を行う上で留意すべき事項

移動・移乗介助

食事介助

排せつ介助

入浴介助

集団レクリエーション

機能訓練

選択的サービス

送迎

個別機能訓練・選択的サービスに関する事項

提供の必要性

○ 個別機能訓練

① 心身機能の状態

障害等の区分	確認事項
運動機能障害	麻痺（中枢性、末梢性）、筋力低下、不随意運動の有無
感覚機能障害	聴覚機能、視覚機能等の障害の程度
高次脳機能障害	失行・失認、失語の有無・記憶と認知の障害の有無高次脳機能障害の日常生活・社会活動への影響
拘縮	部位と運動制限の程度
関節痛	部位と程度・痛みのコントロールの程度
その他	情動症状、うつ状態、循環・呼吸・消化機能障害、音声・発話機能の障害、排尿機能の障害・性機能の障害、褥瘡の有無・障害が日常生活・社会活動制限の原因になっていないかの確認
認知症に関する評価	中核症状の重症度・周辺症状の有無・診断、治療等の経過

有 ・ 無

② 訓練の目標及び想定する訓練内容（所要時間）

[]

③ 主治の医師の所見

[]

主治の医師氏名・医療機関名

○ 栄養マネジメントサービス

① 身体状況 身長 cm 体重 kg 体脂肪率 % 骨密度

体重増減（前月より増加・減少（ kg） BMI 値

② 栄養状況 摂食回数等 回/日（朝食・昼食・夕食）

1日当り必要熱量 ㎉（実際の摂取量 ㎉）

（低栄養状態又はその虞のある者 該当・非該当）

有 ・ 無

③ 主治の医師の所見

[]

主治の医師氏名・医療機関名

○ 口腔機能向上サービス

① 口腔機能の状況 口腔衛生上の問題点（)

摂食障害（) 嚥下障害（)

う蝕（) 歯周疾患（)

その他（)

（口腔機能低下又はその虞のある者 該当・非該当）

有 ・ 無

② 主治の歯科医師の所見

[]

主治の歯科医師氏名・医療機関名

○ 若年性認知症ケア

① 診断名（)

② 治療の状況等（)

③ 利用者の意欲等（)

④ 主治の医師の所見

[]

主治の医師氏名・医療機関名

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送迎に要する費用の所要額

・ 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）

○ 利用者の選定により通常要する時間を超えるサービス提供に要する費用

時間当たり 円×〇〇時間＝ 円

○ 食事の提供に要する費用ほか（利用日当たりの所要額）

費用区分	金額	備考
食事の提供に要する費用	円	内訳：食材料費 円 調理コスト等 円
おむつ代		Sサイズ（ 円） M（ 円） L（ 円）
その他の日常生活費		内訳：個人用の日用品費（ 円） 教養娯楽費（ 円） その他（ 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

通所介護のサービスと関係のない費用を徴収する場合はその名目及び金額等

名目	金額	備考
	円	
		利用者の趣味的活動に関し事業者が提供する材料費、希望者を募り実施する旅行費用 など

