

別紙

ケアマネージャーがいる場合、現在の心身の状況や食に関する状況について記入していただいでください。  
 現在介護認定が無い方は、身体状況によって認定に繋がる場合もございますので、担当地区の地域包括支援センターの方に連絡し、ご記入していただいでください。

記入日〇〇年〇月〇日 事業所名 〇〇〇 記入者氏名 〇〇

障害老人の日常生活自立度		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J 1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A 1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
認知性老人の日常生活自立度		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
心身の状況等	現在の疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（疾患名：_____）			
	上肢状態	<input type="checkbox"/> 困難なし <input type="checkbox"/> 困難あり（麻痺・拘縮・痺れ・痛み_____）			
	下肢状態	<input type="checkbox"/> 困難なし <input type="checkbox"/> 困難あり（麻痺・拘縮・痺れ・痛み_____）			
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 困難			
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 困難			
	外出の頻度（1時間以上の外出）	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回未満 <input type="checkbox"/> その他（_____）			
	抑うつ状態	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（具体的に：_____）			
	閉じこもり状態	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（具体的に：_____）			
	不安傾向	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（具体的に：_____）			
	依存傾向	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（具体的に：_____）			
	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（具体的に：_____）			
	知的障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（具体的に：_____）			
	精神障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（病名：_____）			
食に関する状況等	食事	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障はないが困難 <input type="checkbox"/> 支障あり（_____）			
	買物	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障はないが困難 <input type="checkbox"/> 支障あり（_____）			
	調理	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障はないが困難 <input type="checkbox"/> 支障あり（_____）			
	食事バランス	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障はないが困難 <input type="checkbox"/> 支障あり（_____）			
	配・下膳	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障はないが困難 <input type="checkbox"/> 支障あり（_____）			
	火気管理	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障はないが困難 <input type="checkbox"/> 支障あり（_____）			
	食費管理	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障はないが困難 <input type="checkbox"/> 支障あり（_____）			
	食事回数	_____回/日 <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> 不規則（_____）			
	食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（_____）			
偏食	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（_____）				
備考					

※食に関する状況等における「支障なし」とは、日常生活活動において自立していることをいう。一連の動作が介護なしに一人で終了できる場合がこれに該当する。

「支障はないが困難」とは、日常生活活動において部分的に介護してもらえば何とかできる場合が該当する。一人で行った場合に極端に時間がかかり、仕上がり不完全となる場合もこれに含む。

「支障あり」とは、日常生活活動において、一人では一連の動作を遂行することが全くできない場合がこれに該当する。