

現在のお体の状態について

下記の質問にお答えください。

1. 過去6ヶ月以内の体重について

3キロ以上増加した 変わらない 3キロ以上減った

2. 体でご不自由なところや痛いところがありますか？ ある場合はその場所を教えてください

()

3. 移動する時は道具を使いますか？ 使わない 手すりをつたう 杖 車いす

その他 ()

4. 日常生活の中で、お一人で行うことが難しくなっていることはありますか？

排泄 食事を食べる 入浴 着替え

整容（歯を磨く・顔を洗う・ひげを剃るなど）

すべてご自身で行うことが出来る すべて一人では難しい

その他

()

5. 4で「難しいことがある」とお答えになった方は、その行為にどのような介助が必要か教えてください

()

からだのこと					
利き手はどちらですか	右手	左手			
これまでに、右記の病気にかかられたことはありますか（あてはまる項目に○）	病名	ある場合は○	いつ頃	病気の経過	
	高血圧症		才頃	治療中	治療していない
	糖尿病		才頃	治療中	治療していない
	高脂血症		才頃	治療中	治療していない
	脳梗塞		才頃	治療中	治療していない
	脳出血		才頃	治療中	治療していない
上記以外の大きな病気やケガについて、ご記入ください	いつ頃		病名		
			才		
			才		
			才		
現在、通院している病院をご記入ください	病院名と診療科		通院している理由の病名		
生活のこと					
生まれた場所			育った場所		
養育者の職業			最終学歴		
ご本人を含めて、兄弟姉妹は何人おられましたか	総勢	人中上から	番目		
	同姓のなかでは上から		番目		
職歴	（ 才～ 才）				
	（ 才～ 才）				
結婚暦	未婚・既婚・離婚・死別	結婚した年齢	才		
お子さんについて	息子さん・・・	人（生年			
	娘さん・・・	人（生年			
現在、一緒に暮らしている方はどなたですか					
性格					
趣味・特技					
アルコール	飲まない・機会があれば飲む・毎日 / 1日あたりの量（ ）				
たばこ	吸わない・吸う / 1日あたりの本数（ ）				
食品アレルギー	なし あり（ ）		薬品アレルギー なし あり（ ）		
介護保険について 「当てはまる箇所を○で囲むか、介護度を記入してください」					
要介護度	未申請・申請中・要支援（ ）・要介護（ ）				
利用している					
サービス					
居宅介護支援事業所	事業所名		ケアマネジャー		