



調査対象者氏名

1 現在の要介護度等	認知症高齢者自立度		障害高齢者自立度	
2 認知症によるBPSD等	<input type="checkbox"/> 非常に多い	<input type="checkbox"/> やや多い	<input type="checkbox"/> 少しあり	<input type="checkbox"/> 無し
・ 専門医受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (医療機関名: 医師名)			
・ 認知症による 中核症状・周辺症状等について	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 異食行動	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 火の不始末
	<input type="checkbox"/> 暴言	<input type="checkbox"/> 暴行	<input type="checkbox"/> 介護抵抗	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為
	<input type="checkbox"/> 奇声・大声	<input type="checkbox"/> 性的行動	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
3 在宅サービス利用限度額割合 (利用単位数 単位)	<input type="checkbox"/> 60%以上	<input type="checkbox"/> 50%以上	<input type="checkbox"/> 30%以上	<input type="checkbox"/> 30%未満
4 利用している介護保険サービス	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所(特養他) <input type="checkbox"/> 短期療養(老健他) <input type="checkbox"/> 認知症対応型(GH) <input type="checkbox"/> 特定施設生活介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
5 世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
6 介護者の性別・年齢・続柄	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歳 (利用者からみた関係: )			
7 介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担無し			
8 介護者の疾病・障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )			
9 介護者の就労	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 職種 ( ) 時間 ( )			
10 他の要介護者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 要支援 ・ 要介護			
11 介護者の育児・看病他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )			
12 介護者の介護への関わり方	<input type="checkbox"/> 非常に消極的 <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 介護拒否 ( )			
13 他の同居介護補助者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 続柄・頻度 ( )			
14 別居血縁者の介護協力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 続柄・頻度 ( )			
15 近隣者等の介護協力	<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり ( )			
16 現病歴について	1. (発症年月日 年 月 日頃)			
	2. (発症年月日 年 月 日頃)			
	3. (発症年月日 年 月 日頃)			
17 薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬の内容等)			
18 特別な医療	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 酸素治療 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( ) <input type="checkbox"/> 感染症 病名等: <input type="checkbox"/> 褥瘡 部位:			
	19 ADL等	その他 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 痰吸引 頻度 ( )		
視力	( )	聴力	( )	
言語	( )	会話	( )	
寝返り	( )	起き上がり	( )	
座位保持	( )	立ち上がり	( )	
移乗	( )	食事	( )	
立位保持	( )	階段昇降	( )	
歩行・移動	( )	入浴	( )	
更衣	( )	意志伝達	( )	
排尿	( )	排便	( )	
服薬	( )	金銭管理	( )	
20 特記事項及び意見				
文字はここまで				

(追加情報提供ある場合は別紙にて添付の事)

情報提供書作成日 平成 年 月 日

情報提供書	所属事業所名:	介護支援専門員	印
作成者	電話番号:	氏名	

情報提供書に記入しきれなかった事項についての追加情報