

身体状況シート

年 月 日

●本人

氏名 (男・女) 年齢 (20. 30. 40. 50. 60. 70. 80. 90.) 代

障害者手帳 なし ・ あり (種 級)

介護保険認定 要支援 ・ 要介護 (1. 2. 3. 4. 5.)

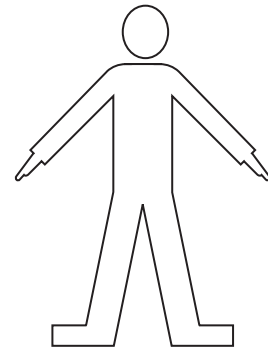
身長 cm 体重 kg

●病院 病院 科 担当医師名

●担当ケアマネージャー(介護保険)氏名 連絡先 () -

●介護者(ヘルパー含)

●身体状況・症状



●生活

・移動方法 屋内 屋外

・トイレ (自立・見守り・一部介助・全介助)

・入浴 (自立・見守り・一部介助・全介助)

・食事 (自立・見守り・一部介助・全介助)

・着替え (自立・見守り・一部介助・全介助)

●介護・医療機器等

memo