

楽晴会情報提供シート

担当ケアマネジャー

年

月

日

氏名	様		M・T・S	要介護度
	年齢	年 月 日 (歳)		
住所	サービス利用状況			
	TEL			
緊急時連絡先 (氏名・続柄・TEL)			家族構成	
生活状況				
本人・家族の希望				
医療健康	既往歴		服薬 () 薬局	
	病状経過 (通院状況)		KT ()	BP () P ()
ADL	食 事	主食 () 副食 () アレルギー () 義歯 有・無		
		自立 一部 全介助		
	排 泄	自立 一部 全介助		
		(下剤・排便状況)		
	移 動	自立 一部 全介助		
	入 浴	自立 一部 全介助		
	着 脱	自立 一部 全介助		
整 容	自立 一部 全介助			
意思疎通	視 力		聴 力	
特記事項				