



8. 病歴について

(発症年月日：\_\_\_\_\_ / 病名：\_\_\_\_\_ )  
 (発症年月日：\_\_\_\_\_ / 病名：\_\_\_\_\_ )  
 (発症年月日：\_\_\_\_\_ / 病名：\_\_\_\_\_ )  
 (発症年月日：\_\_\_\_\_ / 病名：\_\_\_\_\_ )

9. ご本人様の状態

食事：  自立     一部介助     全介助     胃瘻  
 排泄：  自立     一部介助     全介助     バルンカテーテル     ストマ  
            トイレ     紙パンツ     ポータブルトイレ     紙オムツ  
 移動：  自立     一部介助     全介助  
            独歩     杖     歩行器     車椅子    (  自操  介助 )  
 移乗：  自立     一部介助     全介助

[ 認知症による行動障害 ]

該当なし  
 徘徊     不潔行為     不穏行動     自傷行為     暴力行為     昼夜逆転  
 異食     幻視、幻覚     被害妄想

[ 医療処置 ]

酸素     点滴     吸引 ( \_\_\_\_\_ )  インスリン注射  
 ( \_\_\_\_\_ )

[ 新型コロナワクチン接種 ]

未接種     回接種済み  
 ( ①                      ②                      ③                      ④                      ⑤                      )

身元保証人 氏名	ふりがな	続柄	明治・大正・昭和・平成		男・女
			年	月	日生
住所	〒 _____				
勤務先					
連絡方法	①( 自宅・携帯・勤務先・その他[ _____ ] ) TEL				
	②( 自宅・携帯・勤務先・その他[ _____ ] ) TEL				
主介護者 氏名	ふりがな	続柄	明治・大正・昭和・平成		男・女
			年	月	日生
家族	氏名	続柄	年齢	連絡先	