

初回情報提供確認票

様についての情報をお願いします。

【世帯区分】 独居 老人世帯 【保険区分】 医療保険 ・ 介護保険
【担当者会議希望日】 年 月 日

【24時間緊急連絡加算】 無 有 週 回 曜日 ~

【特別管理加算】 無 有

【訪問開始の理由】(該当するもの1つに印をつけて下さい)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 介護者が高齢のため介護が困難 | <input type="checkbox"/> 家族による介護が困難 |
| <input type="checkbox"/> 専門的な介護が必要 | <input type="checkbox"/> 退院退所直後のための介護支援 |
| <input type="checkbox"/> 介護者不在のため | <input type="checkbox"/> 病状悪化のため介護支援が必要 |
| <input type="checkbox"/> 一般状態観察のため | <input type="checkbox"/> ADLが低下したため |
| <input type="checkbox"/> 退院直後・ADL低下のため | <input type="checkbox"/> リハビリ・保清のため |
| <input type="checkbox"/> 排便コントロールがうまくいかなかったため | <input type="checkbox"/> 意欲低下による寝たきり防止 |
| <input type="checkbox"/> 疥癬のため、保清・薬塗布・介護相談 | <input type="checkbox"/> 精神的支援 |

日常生活活動(ADL)の状況

- | | | | | | |
|------|-----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| 移動 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 歩行器 | <input type="checkbox"/> 車イス自立 | <input type="checkbox"/> 車イス介助 | <input type="checkbox"/> 全面介助 |
| 食事 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> セッティング | <input type="checkbox"/> 補助 | <input type="checkbox"/> 全面介助 | <input type="checkbox"/> 経管 |
| 排泄 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> トイレ誘導 | <input type="checkbox"/> ポータブル自立 | <input type="checkbox"/> ポータブル介助 | <input type="checkbox"/> 全面介助 |
| 入浴 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 監視 | <input type="checkbox"/> セッティング | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全面介助 |
| 着替 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 誘導 | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 片足片袖介助 | <input type="checkbox"/> 全面介助 |
| 整容 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> セッティング | <input type="checkbox"/> 誘導 | <input type="checkbox"/> 補助 | <input type="checkbox"/> 全面介助 |
| 意思疎通 | | <input type="checkbox"/> 対話可能 | <input type="checkbox"/> 簡単な会話 | <input type="checkbox"/> 身振りで表現 | <input type="checkbox"/> 無反応 |

寝たきり

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> J:一部自立 | 何らかの障害等を有するが日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 |
| <input type="checkbox"/> A:準寝たきり | 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。 |
| <input type="checkbox"/> B:寝たきり1 | 屋内での生活は何らかの介助を要し日中もベッドの上の生活が主体である。 |
| <input type="checkbox"/> C:寝たきり2 | 1日中ベッド上で過ごし、排泄・食事・着替えにおいて介助を要す。 |

認知症の状況

- | | |
|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 自立 | |
| <input type="checkbox"/> I | 何らかの認知症(痴呆)を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している |
| <input type="checkbox"/> IIa | 家庭外で日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 |
| <input type="checkbox"/> IIb | 家庭内で日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 |
| <input type="checkbox"/> IIIa | 日中を中心として日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどきみられ、介護を必要とする。 |
| <input type="checkbox"/> IIIb | 夜間を中心として日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどきみられ、介護を必要とする。 |
| <input type="checkbox"/> IV | 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 |
| <input type="checkbox"/> M | 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。 |