



裏面については以下の項目の記載は任意であり、全ての欄への記載は必要ありません。

- ・本シートの目的に関連し、伝達・相談・依頼に当たって必要な項目だけを記入してください。
- ・既存の資料がある場合には、当該資料を添付することにより、記載を省略することができます。



○基本情報

同居家族：なし 配偶者 子 子の配偶者 兄弟姉妹 その他( ) 削除

主介護者の続柄：( ) 同居 別居 | キーパーソンの続柄：( ) 同居 別居

本人の病識：有 無 不明 告知の有無：有 無 不明

告知の内容・本人の受け止め方：  
~~本人の要望や意向~~ 削除

---

家族の病気に対する理解度・受け止め方：  
 家族の要望や意向：  
 介護者の状態：地域生活連携シートと重複するため削除

○生活の状況

【IADL】

買物：ア イ ウ エ オ (特記事項： )

公共交通機関を使った外出：ア イ ウ エ オ (特記事項： )

車の運転：ア イ ウ エ オ (特記事項：~~チェック欄削除、簡易な記述形式に変更(記)~~)  
 (頻度、過去の事故・危険行動等：載例：自立、一部介助、全介助など。)

日常金銭管理：ア イ ウ エ オ (特記事項：~~服薬管理は地域生活連携シートと重複~~)

家事：ア イ ウ エ オ (特記事項： )

~~服薬(薬剤管理)~~：ア イ ウ エ オ (特記事項：削除)

【ADL】①一人で問題なくできる ②見守りや声がけを要する ③一部介助を要する ④全介助を要する

入浴：① ② ③ ④ 着替え：① ② ③ ④ 排泄：① ② ③ ④

身だしなみ(整容)：① ② ③ ④ 食事：① ② ③ ④ 家の中の移動：① ② ③ ④

歩行：① ② ③ ④ 受信者に伝えたいこと( )

その他(地域とのつながりや趣味、生活歴、日常の活動状況、飲酒習慣など)

---

利用している(していた)生活支援サービス(例：配食、見守り、障害者支援)(内容、頻度、利用期間等)  
削除

○介護保険サービスの利用状況等現在、利用している介護サービス ※ケアプランなど資料添付でも可

介護予防・日常生活支援総合事業：非該当 該当 削除

介護認定：無 申請中(予定) 有 → 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

認定期間：平成( )年( )月( )日 ~ 平成( )年( )月( )日

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準：I IIa IIb IIIa IIIb IV M 不明

日常生活自立度(寝たきり度)判定基準：J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 不明

現在、利用している介護サービス(名称、週当たり延べ時間・回数等) ※ケアプランなど資料添付でも可

訪問介護( ) 訪問看護( )

訪問リハ( 記述方式に変更 ) 通所介護(デイサービス)( )

通所リハ(デイケア)( ) ショートステイ( )

その他( ) 利用なし

過去、利用していた介護サービス(種別、利用期間、頻度、利用をやめた理由等)

○医療の状況 現病歴、現在の処方、既往歴など

現病歴 受診機関 治療経過	
現在の処方	※処方箋など資料添付でも可  <span style="color:red">3項目を統合</span>
既往歴	