

ヘルパーステーション利用連絡票

平成 年 月 日

ふりがな	(男・女)	生年月日	M・T・S	年	月	日(歳)
氏名	介護区分	認定年月日	年	月	日	
認定の有効期間	年	月	日	～	年	月
住所	電話番号					
家族状況(構成図)	現在利用しているサービス					
	主治医・連絡先					
ADL状況						
歩行	可(分位)	見守り(分位)	要介助	不可	／	自立 杖 歩行器 車椅子
立位	可(分位)	短時間なら可	不可			
座位	可	短時間なら可	不可			
入浴	自立	見守り	一部介助	全介助	不可	／ 訪問入浴 通所介護
更衣	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	アレルギー食品	
排泄	自立	見守り	一部介助	全介助	／トイレ・夜間オムツ・終日オムツ	
発語	明瞭	不明瞭	／意思の疎通(相手が言っている事を理解できる)			可・不可
視力	見える	見えにくい	殆ど見えない	見えない	／眼鏡(有・無)	
聴力	聞こえる	聞こえにくい	殆ど聞こえない	聞こえない	／補聴器(有・無)	
日常生活状況						
調理	自分で行う	家族等が行う	その他()			
清掃	自分で行う	家族等が行う	その他()			
洗濯	自分で行う	家族等が行う	その他()			
買物	自分で行う	家族等が行う	その他()			
ごみ出し	自分で行う	家族等が行う	その他()			
認知症 (有・無)	程度(問題行動等):					
麻痺 (有<右・左>・無)	程度:					
既往歴・現病歴						
感染症	有:病名	無				
依頼希望内容						
備考						