

<引き続き、ご本人の状況についてご記入ください>

身体や コミュニケーション の状況	視力： 普通 弱視 全盲 聴力： 普通 やや難聴 難聴 発語： 話すことができる 聞き取りにくい 何を言っているかわからない 全く話すことができない 会話： 会話が成立する ありえないことを話す 大声や奇声を発する マヒ： なし あり（ ） 褥瘡（床ずれ）： なし あり（場所： ）
日常生活に対する 認知症等の影響	○どのような状況か、具体的にご記入ください 外出： <hr/> 家事： <hr/> 買い物： <hr/> 金銭管理： <hr/> 服薬管理： <hr/> <認知症からくる症状について、そのほかの困りごと> ※BPSD（周辺症状）についても、ご記入をお願いします <hr/> 日常生活自立度 自立 I II a II b III a III b IV M 担当のケアマネジャーにご確認ください
担 当 ケアマネジャー	事業所名： （担当者名： 印） 連絡先： <特別養護老人ホーム等への入所に関する特記事項> <hr/> <hr/> <hr/>