

区分	<input type="checkbox"/> 問い合わせ <input type="checkbox"/> プランニング	記入者	
相談者区分	<input type="checkbox"/> 本人・家族（関係） <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター		
フリガナ		住所	〒
相談者氏名		電話番号	（ ）

フリガナ		性別	男・女
対象者		住所	〒
生年月日	M・T・S 年 月 日（ 歳）	電話番号	（ ）
要介護認定	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中（申請日： ） <input type="checkbox"/> 認定済み（非該当・要支援 1 2 ・要介護 1 2 3 4 5） ※介護保険証・負担割合証のコピーがありましたら、送付ください。		
受給資格証	無・有（ ）		
病名		現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設・その他
既往歴		感染症	無・有（ ）
フリガナ			男・女
介護者		住所	〒
		電話番号	（ ）

## 相談内容

目的	
頻度	希望日時：
依頼開始日	
特記事項	

## 処置・ケア内容

清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 手浴・足浴・洗髪 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 更衣
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 食事介助 <input type="checkbox"/> 胃瘻管理 <input type="checkbox"/> 内服管理
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助（トイレ・ポータブル） <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> パルーンケア <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 排便コントロール（摘便・浣腸・内服）（ <input type="checkbox"/> 透析）
ADL	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 歩行介助 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> リハビリ
呼吸	<input type="checkbox"/> 酸素管理（ L カヌラ・マスク） <input type="checkbox"/> 人工呼吸器管理 <input type="checkbox"/> B I P A P <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 吸引（口腔・鼻腔・気切・その他）
処置	<input type="checkbox"/> 点滴管理（末梢・CV・ポート） <input type="checkbox"/> 静脈注射 <input type="checkbox"/> 皮下注射 <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> ドレーン管理
備考欄	