

様

認知症対応型通所介護
重要事項説明書

社会福祉法人 櫻灯会

デイサービスセンター ほのか東矢口

【認知症対応型通所介護重要事項説明書】

1. サービス事業所の概要

(1) 事業所の名称、所在地

事業所名	デイサービスセンター ほのか東矢口
所在地	東京都大田区東矢口2丁目6番24号
介護保険事業所番号	1391100136
事業種別	認知症対応型通所介護
事業の実施地域	大田区内

(2) 同事業所の職員体制

区分	職員数
管理者	1名(兼務)
生活相談員	2名(介護職員兼務を含む)
機能訓練指導員	1名(非常勤)
介護職員	6名(常勤2名(生活相談員兼務を含む)、非常勤6名)

(3) 営業時間

営業日	月～土(12/30～1/3休み)
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前10時00分～午後5時15分

2. サービス内容

- ① 送迎 サービス時に自宅からセンターまでの送迎を行います。
- ② 食事 利用者に対し昼食を提供し、介護の必要な利用者には食事介護サービスの提供を行います。
- ③ 入浴 家庭において心身の虚弱等のため、入浴の困難な利用者に対して一般介助浴のサービスを行います。
- ④ 機能訓練 訓練を通して自らの身体機能の向上を図り、日常生活が楽しく送れるよう機能回復サービスを行います。
- ⑤ 健康チェック 利用者の身体的状況を継続的にチェックすると共に、利用中の生活動作・表情等の観察を行い、健康管理を図って家族の負担を軽減します。
- ⑥ 生活相談 利用者及びその家族からのサービスに関すること、生活上の問題等相談に応じます。

3.料 金

(1) 利用料

●認知症対応型通所介護費 1割負担（3時間以上4時間未満の場合）

要介護1	603円	入浴介助加算Ⅰ	45円
要介護2	663円	入浴介助加算Ⅱ	61円
要介護3	725円	若年性認知症受入加算	67円
要介護4	786円	個別機能訓練加算Ⅰ	30円
要介護5	846円	個別機能訓練加算Ⅱ	23円
		口腔・栄養スクリーニング加算	23円
		サービス提供体制強化加算Ⅰ	25円
		科学的介護推進体制加算	45円

認知症対応型通所介護費 2割負担（3時間以上4時間未満の場合）

要介護1	1,206円	入浴介助加算Ⅰ	89円
要介護2	1,326円	入浴介助加算Ⅱ	122円
要介護3	1,450円	若年性認知症受入加算	134円
要介護4	1,572円	個別機能訓練加算Ⅰ	60円
要介護5	1,692円	個別機能訓練加算Ⅱ	45円
		口腔・栄養スクリーニング加算	45円
		サービス提供体制強化加算Ⅰ	49円
		科学的介護推進体制加算	89円

認知症対応型通所介護費 3割負担（3時間以上4時間未満の場合）

要介護1	1,809円	入浴介助加算Ⅰ	134円
要介護2	1,988円	入浴介助加算Ⅱ	183円
要介護3	2,175円	若年性認知症受入加算	200円
要介護4	2,358円	個別機能訓練加算Ⅰ	90円
要介護5	2,538円	個別機能訓練加算Ⅱ	67円
		口腔・栄養スクリーニング加算	67円
		サービス提供体制強化加算Ⅰ	74円
		科学的介護推進体制加算	134円

●認知症対応型通所介護費 1割負担（4時間以上5時間未満の場合）

要介護1	632円	入浴介助加算Ⅰ	45円
要介護2	695円	入浴介助加算Ⅱ	61円
要介護3	760円	若年性認知症受入加算	67円
要介護4	823円	個別機能訓練加算Ⅰ	30円
要介護5	887円	個別機能訓練加算Ⅱ	23円
		口腔・栄養スクリーニング加算	23円
		サービス提供体制強化加算Ⅰ	25円
		科学的介護推進体制加算	45円

認知症対応型通所介護費 2割負担（4時間以上5時間未満の場合）

要介護1	1,263円	入浴介助加算Ⅰ	89円
要介護2	1,390円	入浴介助加算Ⅱ	122円
要介護3	1,519円	若年性認知症受入加算	134円
要介護4	1,645円	個別機能訓練加算Ⅰ	60円
要介護5	1,774円	個別機能訓練加算Ⅱ	45円
		口腔・栄養スクリーニング加算	45円
		サービス提供体制強化加算Ⅰ	49円
		科学的介護推進体制加算	89円

認知症対応型通所介護費 3割負担(4時間以上5時間未満の場合)

要介護1	1,895円	入浴介助加算Ⅰ	134円
要介護2	2,085円	入浴介助加算Ⅱ	183円
要介護3	2,278円	若年性認知症受入加算	200円
要介護4	2,468円	個別機能訓練加算Ⅰ	90円
要介護5	2,661円	個別機能訓練加算Ⅱ	67円
		口腔・栄養スクリーニング加算	67円
		サービス提供体制強化加算Ⅰ	74円
		科学的介護推進体制加算	134円

●認知症対応型通所介護費 1割負担（5時間以上6時間未満の場合）

要介護1	953円	入浴介助加算Ⅰ	45円
要介護2	1,055円	入浴介助加算Ⅱ	61円
要介護3	1,155円	若年性認知症受入加算	67円
要介護4	1,257円	個別機能訓練加算Ⅰ	30円
要介護5	1,360円	個別機能訓練加算Ⅱ	23円
		口腔・栄養スクリーニング加算	23円
		サービス提供体制強化加算Ⅰ	25円
		科学的介護推進体制加算	45円

認知症対応型通所介護費 2割負担（5時間以上6時間未満の場合）

要介護1	1,905円	入浴介助加算Ⅰ	89円
要介護2	2,109円	入浴介助加算Ⅱ	122円
要介護3	2,309円	若年性認知症受入加算	134円
要介護4	2,513円	個別機能訓練加算Ⅰ	60円
要介護5	2,720円	個別機能訓練加算Ⅱ	45円
		口腔・栄養スクリーニング加算	45円
		サービス提供体制強化加算Ⅰ	49円
		科学的介護推進体制加算	89円

認知症対応型通所介護費 3割負担（5時間以上6時間未満の場合）

要介護1	2,857円	入浴介助加算Ⅰ	134円
要介護2	3,164円	入浴介助加算Ⅱ	183円
要介護3	3,464円	若年性認知症受入加算	200円
要介護4	3,770円	個別機能訓練加算Ⅰ	90円
要介護5	4,080円	個別機能訓練加算Ⅱ	67円
		口腔・栄養スクリーニング加算	67円
		サービス提供体制強化加算Ⅰ	74円
		科学的介護推進体制加算	134円

●認知症対応型通所介護費 1割負担（6時間以上7時間未満の場合）

要介護1	977円	入浴介助加算Ⅰ	45円
要介護2	1,082円	入浴介助加算Ⅱ	61円
要介護3	1,184円	若年性認知症受入加算	67円
要介護4	1,289円	個別機能訓練加算Ⅰ	30円
要介護5	1,395円	個別機能訓練加算Ⅱ	23円
		口腔・栄養スクリーニング加算	23円
		サービス提供体制強化加算Ⅰ	25円
		科学的介護推進体制加算	45円

認知症対応型通所介護費 2割負担（6時間以上7時間未満の場合）

要介護1	1,954円	入浴介助加算Ⅰ	89円
要介護2	2,163円	入浴介助加算Ⅱ	122円
要介護3	2,367円	若年性認知症受入加算	134円
要介護4	2,578円	個別機能訓練加算Ⅰ	60円
要介護5	2,789円	個別機能訓練加算Ⅱ	45円
		口腔・栄養スクリーニング加算	45円
		サービス提供体制強化加算Ⅰ	49円
		科学的介護推進体制加算	89円

認知症対応型通所介護費 3割負担（6時間以上7時間未満の場合）

要介護1	2,931円	入浴介助加算Ⅰ	134円
要介護2	3,244円	入浴介助加算Ⅱ	183円
要介護3	3,550円	若年性認知症受入加算	200円
要介護4	3,867円	個別機能訓練加算Ⅰ	90円
要介護5	4,183円	個別機能訓練加算Ⅱ	67円
		口腔・栄養スクリーニング加算	67円
		サービス提供体制強化加算Ⅰ	74円
		科学的介護推進体制加算	134円

●認知症対応型通所介護費 1割負担（7時間以上8時間未満の場合）

要介護1	1,104円	入浴介助加算Ⅰ	45円
要介護2	1,224円	入浴介助加算Ⅱ	61円
要介護3	1,344円	若年性認知症受入加算	67円
要介護4	1,464円	個別機能訓練加算Ⅰ	30円
要介護5	1,584円	個別機能訓練加算Ⅱ	23円
		口腔・栄養スクリーニング加算	23円
		サービス提供体制強化加算Ⅰ	25円
		科学的介護推進体制加算	45円

認知症対応型通所介護費 2割負担（7時間以上8時間未満の場合）

要介護1	2,207円	入浴介助加算Ⅰ	89円
要介護2	2,447円	入浴介助加算Ⅱ	122円
要介護3	2,687円	若年性認知症受入加算	134円
要介護4	2,928円	個別機能訓練加算Ⅰ	60円
要介護5	3,168円	個別機能訓練加算Ⅱ	45円
		口腔・栄養スクリーニング加算	45円
		サービス提供体制強化加算Ⅰ	49円
		科学的介護推進体制加算	89円

認知症対応型通所介護費 3割負担（7時間以上8時間未満の場合）

要介護1	3,310円	入浴介助加算Ⅰ	134円
要介護2	3,670円	入浴介助加算Ⅱ	183円
要介護3	4,030円	若年性認知症受入加算	200円
要介護4	4,392円	個別機能訓練加算Ⅰ	90円
要介護5	4,752円	個別機能訓練加算Ⅱ	67円
		口腔・栄養スクリーニング加算	67円
		サービス提供体制強化加算Ⅰ	74円
		科学的介護推進体制加算	134円

※個別機能訓練加算Ⅱと科学的介護推進体制加算は月1回、口腔・栄養スクリーニング加算は利用開始時および6ヶ月毎に1回の加算と致します。

※利用料の合計金額に加え、介護職員等処遇改善加算Ⅰ（18.1%）を加算致します。

※料金改訂があった際は、冊子にて説明を致します。

(2) その他

食 材 料 費	1 回 700 円 (含 おやつ代)
アクティビティ (行事費用)	参加された利用者から実費を頂きます。

※但し、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、法定代理受領ができなくなる場合があります。その場合は、一旦利用者が介護サービス費として保険者より支給を受ける額を含めた利用料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日区市町村の窓口に出しますと、差額の払い戻しを受ける事ができます。

(3) キャンセル規定

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

1 ご利用日の前日 5 時までにご連絡いただいた場合	無料
2 ご利用日の午前 9 時までにご連絡いただいた場合	デイサービス利用料の 30%
3 ご利用日の午前 9 時までにご連絡がなかった場合	デイサービス利用料の 70%

※但し、ご利用日の前日が日曜日の場合は土曜日までとし、また、上記 1, 2 の場合でも利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情のある場合はキャンセル料金はかかりません。また、食材料費については、ご利用日の 2 日前までに連絡がない場合、全額負担をしていただきます。

(4) 支払方法

毎月 15 日までに前月分の請求をいたします。お支払は毎月 25 日に郵便局口座引き落としとなります。(ご事情のある方は、ご相談下さい)

4. サービス利用方法

(1) お電話等でお申し込み下さい。

事前に重要事項の説明を行い、契約を結び、サービスの提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する 1 週間前までに文書でお申し込み下さい。

② 当センターの都合でサービスを終了する場合

職員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合は、1 ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

次の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。

- ・ お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていただいたお客様の要介護認定区分が、自立と認定された場合
- ・ お客様がお亡くなりになった場合

④ その他

- ・ 当センターが正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、お客様やご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、お客様は文書で解約を通知することによりサービスを終了することができます。
- ・ お客様が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、支払の勧告をしたにもかかわらず2週間以内に支払われない場合、お客様が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、お客様が入院もしくは病気等により3ヶ月以上にわたってのサービスが利用不可能な場合、お客様やご家族等が当センター及びサービス従事者に対して本契約を断続し難いほどの背徳行為を行った場合は、文書で通知することにより契約を終了させていただく場合があります。

5.当センターの特色

(1) 認知症である利用者が、デイサービスセンターに通所することで、在宅において可能な限りその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、質の高いサービスを提供します。

①利用者が日々生き生きと健康で楽しく通える憩いの場となるように努めます。

②各種サービスを提供するにあたり個々人に合った援助を行います。

③日常生活の観察を深め、問題点を早期発見し検討、情報交換に努めます。

(2) サービス利用に当たっての留意事項

・ 送迎時間の連絡 ご利用日の前日午後5時迄にご連絡下さい。

・ 体調の確認 ご利用当日受付時に健康チェックします。

・ 体調不良等によるサービスの中止・変更

できるだけ早急にサービス相談係にご相談ください。

・ サービス日の変更 ご利用日の1週間前までにお知らせ下さい。

・ 設備・器具の利用 サービス提供に付帯するもの以外は実費を頂きます。

6.緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

7.非常災害対策

災害時の対応

- ・防火設備 消防法による基準に従って、防災設備を備えております。
- ・防火訓練 年2回、通報、避難、誘導、消火訓練等を実施いたします。
- ・防火管理者 本田 雄大

8.サービス内容に関する相談・苦情

(1) 認知症対応型通所介護サービスに関する相談、要望、苦情等は担当相談員か下記窓口までお申し出下さい。

○電話番号 03-3756-0331 (受付時間 月～土 午前8時30分～午後5時30分)

○担当 西塚 昌代 ・ 島貫 かおり

(2) 当事業所以外に、大田区の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

- 大田区福祉部介護保険課 電話番号 03-5744-1655
- 大田区福祉オンブズマン制度 電話番号 03-5744-1130
- 東京都国民健康保険団体連合会 電話番号 03-6238-0177

9.当法人の概要

法人種別・名称 社会福祉法人 櫻灯会
代表者役職・氏名 理事長 櫻井 真里
本社所在地 東京都西多摩郡日出町大久野 231-1
電話番号 042-597-1941

定款の目的に定めた事業

1. 特別養護老人ホーム
2. 短期入所生活介護事業
3. 通所介護事業
4. 居宅介護支援事業
5. 認知症対応型共同生活援助事業
6. 認知症対応通所介護事業

認知症対応型通所介護の提供に当たり、利用者に対して本書面を交付し、重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 <住 所> 東京都大田区東矢口2丁目6番24号
<事業者名> 社会福祉法人 櫻灯会
デイサービスセンターほのか 東矢口

<説明者> 氏名 _____ 印

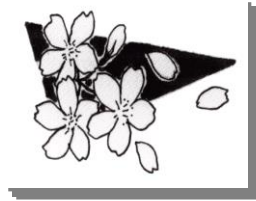
私は、本書面の交付を受け、事業者から認知症対応型通所介護について、重要事項の説明を受けました。

利用者 <住 所>

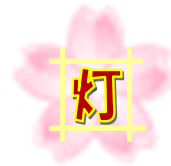
<氏 名> _____ 印

ご家族 <住 所>

<氏 名> _____ 印



社会福祉法人 櫻灯会



様

認知症対応型通所介護契約書

社会福祉法人 櫻灯会

デイサービスセンター ほのか東矢口

認知症対応型通所介護契約書

様（以下、「利用者」といいます）とデイサービスセンターほのか東矢口（以下、「事業者」といいます）は、事業者が利用者に対して行う認知症対応型通所介護について、次のとおり契約します。

第1条（契約の目的）

事業者は、利用者に対し、介護保険法の趣旨にしたがって、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう認知症対応型通所介護を提供し、利用者は、事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払います。

第2条（契約期間）

この契約の契約期間は令和 年 月 日から利用者の要介護認定の有効満了日までとします。

- 2 契約満了の7日前までに、利用者から事業者に対して、文書により契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとします。

第3条（認知症対応型通所介護計画）

事業者は、利用者の日常生活全般の状況および希望を踏まえ、「居宅サービス計画」に沿って「認知症対応型通所介護計画」を作成します。事業者はこの「認知症対応型通所介護計画」の内容を利用者および家族に説明します。

- 2 利用者は、サービス内容の変更を希望する場合は、事業者に申し出ることができます。その場合、事業者は、速やかに担当の介護支援専門員に連絡するなど必要な援助を行います。

第4条（サービスの提供の記録）

事業者は一定期間ごとに、サービス提供の状況、目標等の達成状況等を評価し、その結果を書面に記録することとし、これを契約終了後2年間保管するものとします。

- 2 事業者は前項の記録を利用者の求めに応じて閲覧に応じ、又は実費負担によりその写しを交付するものとします。

第5条（利用者負担金及び支払方法）

事業者が提供するサービスに対する利用者負担金及びその支払方法は、重要事項説明書に記載するとおりとします。

第6条（サービスの中止）

利用者は、事業者に対してサービス提供日の前日午後5時まで（前日が日曜日の場合は土曜日の午後5時まで）に通知をすることにより、料金を負担すること

なくサービス利用を中止することができます。

2 利用者が前日の午後5時までに通知することなくサービスの中止を申し出た場合は、事業者は利用者に対して重要事項説明書に定める計算方法により、料金の全部又は一部を請求することができます。

3 事業者は、利用者の体調不良などの理由により、認知症対応型通所介護の実施が困難と判断した場合はサービスを中止することができます。この場合の取り扱いについては、重要事項説明書に記載したとおりです。

第7条（契約の終了）

利用者は、事業者に対して1週間前までに文書で通知をすることにより、この契約を解除することができます。但し、利用者の病変、急な入院など、やむを得ない事情がある場合は契約終了希望日の1週間以内の通知でもこの契約を解約することができます。

2 次の事由に該当した場合、利用者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

1. 事業者が正当な理由がなく、サービスを提供しない場合。
2. 事業者が守秘義務に反した場合。
3. 事業者が利用者やその家族などに対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合。

3 次の事項に該当した場合は、事業者はその理由を記載した文章を通知することにより、直ちにこの契約を解約することができるものとします。

- ① 利用者負担金の支払が、2ヶ月以上遅延し、支払の催告をしたにもかかわらず2週間以内に支払われない場合。
- ② 利用者の著しい不信行為により、契約の継続が困難となった場合。
- ③ 利用者の行動が他の利用者の生命、または健康（身体及び精神）に重大な影響を及ぼす恐れがあり、事業者において十分な介護を尽くしても、これを防止できない場合。

4 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了するものとします。

- ① 利用者が介護保険施設に入所した場合。
- ② 利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合。
- ③ 利用者が死亡した場合。

第8条（料金の変更）

事業者は、利用者に対して、1ヶ月前までに文書で通知することにより利用単位毎の料金および食材費等の単価の変更（増額または減額）を申し入れることができます。

第9条（秘密保持）

事業者および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘

義務は契約終了後も同様です。

- 2 事業者は、利用者およびその家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者及びその家族の個人情報を用いません。

第10条（損害賠償）

事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対して損害を賠償します。

第11条（緊急時の対応）

事業者は、現に認知症対応型通所介護の提供を行っているときに利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、家族または緊急連絡先へ連絡するとともに、速やかに主治の医師または歯科医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。

第12条（連携）

事業者は、認知症対応型通所介護の提供にあたり、介護支援専門員等および保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

- 2 事業者は、利用者と契約を結んだ場合はこの契約書の写しを必要であれば介護支援専門員等に送付します。
- 3 事業者は、この契約の内容が変更された場合または契約が終了した場合は、その内容を記した書面の写しを速やかに介護支援専門員等に送付します。なお第7条3項に基づいて、解約通知をする際は、事前に介護支援専門員等に連絡します。

第13条（相談・苦情対応）

事業者は、利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、認知症対応型通所介護に関する利用者の要望、苦情などに対し、迅速かつ適切に対応します。

第14条（信頼誠実の原則）

利用者および事業者は、信頼誠実をもってこの契約を履行するものとします。

- 2 この契約に定めない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを遵守し、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

第15条（裁判管轄）

この契約に関してやむをえず訴訟となる場合は、利用者および事業者は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを合意します。

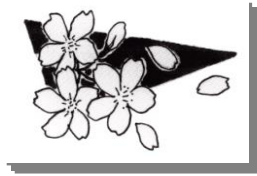
上記の契約を証するため本通二通を作成し、利用者、事業者が記名押印の上、一通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

事業者 <住 所> 東京都大田区東矢口2丁目6番24号
<事業者名> 社会福祉法人 櫻灯会
 デイサービスセンター ほのか東矢口
<管理者> 西塚 昌代 印

契約者
<住 所> _____
<氏 名> _____ 印

ご家族
<住 所> _____
<氏 名> _____ 印



社会福祉法人 櫻灯会

利用申し込み票

受付日	令和 年 月 日	受付担当		
第1回事前面接	令和 年 月 日 時間	:	参加者:	
第2回事前面接	令和 年 月 日 時間	:	参加者:	
利用体験	令和 年 月 日 (曜日)	迎え時間	:	
窓口になる方	お名前	様 続柄		
	お電話番号	FAX		
	E-mail			
	ご住所	〒		
ご利用される方	お名前	様	性別	
	生年月日	大正・昭和 年 月 日	年齢	
	ご住所	〒		
	要介護度	認定年月日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
	介護保険	被保険者番号	市区町村	
居宅	居宅介護 支援事業者	事業所名	担当者名	
		住所	指定番号	
		電話番号	FAX番号	
主治医等	現況	病院名 () 医師名		
	住所	〒		
	電話番号	FAX番号		
他法関係	健康保険	国保・社保 (扶養 ・ 被扶養)		
	老人医療	老 ・ 福 ・ 障		
	生活保護	無 ・ 有		
	身障者手帳	無 ・ 有 (障害名:)		
	その他			
利用要件	利用日	月 火 水 木 金 土 その他 ()		
	送迎	有 無	送迎時間	迎え 時 分 送り 時 分
	入浴	希望 (注意点:)		不要
	留意事項			
	備考			

1. 身体状況

食 事	問題となる点等
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
<input type="checkbox"/> 主食：常食・粥・ミキサー	
<input type="checkbox"/> 副菜：常食・刻み・極刻み・ミキサー・ソフト食	
アレルギー・好物等	
歩 行	
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子（立位・座位・自力走行・移乗）	
入 浴	
<input type="checkbox"/> 一般浴（洗髪・洗身・歩行介助）	
言 葉	
<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 不自由（軽・中・重）	
着 脱	
<input type="checkbox"/> （自立・声かけ・一部介助・全介助）	
排 泄	
<input type="checkbox"/> （自立・一部介助・誘導・おむつ・ポータブル）	
睡 眠	
<input type="checkbox"/> 入眠状態（良眠・昼夜逆転 無・有）	
視 力	
<input type="checkbox"/> （良好・眼鏡・盲） <input type="checkbox"/> （緑内障・白内障）	
聴 力	
<input type="checkbox"/> （良好・難聴・聾・補聴器）	
麻 痺	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（右・左・両）	

2. 状 態

認知症症状		
<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	有 (軽・中・重)	<input type="checkbox"/>
問題視されている行動		
<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	有 (暴力・暴言・奇声・徘徊・独語・不衛生・異食)	<input type="checkbox"/>
病 気		
<input type="checkbox"/>	内服薬 あり	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>
既往歴及び現在治療中の疾患等		
性 格		
<input type="checkbox"/>	(おとなしい・神経質・頑固・わがまま・短気)	<input type="checkbox"/>
会 話		
<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	可 (理解可・不可)	<input type="checkbox"/>

3. 趣味嗜好品

嗜 好		
<input type="checkbox"/>	なし ・ あり	
趣 味		
<input type="checkbox"/>	なし ・ あり	

4. 家族・親族

: 男性 : 女性 二重 : 本人 塗つぶし●■ : 死亡

5. 特記事項