介護予防訪問介護計画書 （3）－１ 【身体情報・ＡＤＬおよび医療情報】

秘

利用者名：　　様　（ID：　　）

生活歴	
意欲	
性格	

一日の生活パターン

0　3　6　9　12　15　19　21　24

主な疾患	①　②　③	
既往・骨折歴（時期も記入）	①　②　③ 時期（　）（　）（　）	転倒歴 □ 無 □ 有　時期（　） （　回・場所：　）
感染症	□無　□ 有 ⇒ [□ＭＲＳＡ・□　型肝炎・□疥癬・□結核・□その他（　）] □不明	
主治医	病院名： 住 所： ＴＥＬ：	診療科目／医師名：
	受診状況：□ 通院　□ 往診　□ 薬のみ	回数：□ 定期的⇒[　回／□週□月] □不定期
ホームドクター	□ 無　□ 有⇒ 病院名　　医師名 住所：　　ＴＥＬ：	
薬		
その他		

□ 初回計画 □ 改訂更新（№　）		
記入者	審査印	承認印