

介護トータルシステム『寿』

訪問リハビリサービス



帳票サンプル



（株）南日本情報処理センター

ご注意

1. このソフトウェアの著作権は、MIC(株)南日本情報処理センターにあります。
2. このソフトウェア及びマニュアルの一部又は全部を無断で使用・複製することはできません。
3. このソフトウェアの仕様、及びマニュアルに記載されている事柄は、将来予告なしに変更することがあります。

※サンプルアプリケーションで使用している名称は、全て架空のものです。実在する商品名、団体名、

目次

■利用者関係帳票■

利用者台帳
利用者一覧表
保険切れ一覧
利用開始・終了者一覧
住所ラベル
主治医意見書
基本チェックリスト
災害時要援護者基本情報

■実績関係帳票■

サービス提供実績票／作成状況一覧
未収金一覧
事業所別未収金一覧表
その他費用一覧表
サービス費請求一覧表
家族連絡票（詳細／写真有り／撮取記号有り／実施内容有り）
サービス記録
利用料請求一覧表／利用者別請求合計一覧表
訪問実績一覧表（利用者別／スタッフ別）
サービス内容実績一覧表（利用者別／スタッフ別）
介護記録一覧表（利用者別／スタッフ別）
入金日計表／利用者別入金一覧表
介護実施記録
ケア実施状況表
ケア内容統計
その他費用明細一覧表
温度板（直近8回分／2週間／1ヶ月）
月別医療費控除一覧
Barthel Index

■統計資料■

年齢別利用者数
利用終了者状況別流れ図表
月間利用集計表

■レセプト統計関係■

介護給付費請求書(様式第一)
介護給付費請求書_保険者別(様式第一)
介護給付費明細書(様式第二)
サービス提供証明書(様式第二)
レセプト一覧
介護度別サービスコード別請求額一覧／サービスコード別請求額一

目次

稼動額集計表
介護給付費請求額一覧
保険者別請求額一覧
サービス集計一覧

■アセスメント■

簡易アセスメント

■サービス計画書■

日課計画表
居宅支援経過記録
サービス担当者会議の要点
サービス計画書・評価表
予防サービス計画書・評価表
訪問個別援助計画書
サービス予定カレンダー（利用者別／スタッフ別）
訪問者別／利用者別予定一覧
月間訪問予定表
課題整理総括表／ADLチャート
ケアプラン作成状況

■運動器機能向上計画■

運動器の機能向上プログラム事前・事後アセスメント票
運動器の機能向上プログラム 理学療法評価
個別サービス計画書
運動器の機能向上プログラム 実施計画

■個別機能訓練計画■

興味・関心チェックシート
生活機能チェックシート
個別機能訓練活動チャート（ADL）
個別機能訓練活動チャート（IADL）
個別機能訓練活動チャート（起居動作）
個別機能訓練計画書
個別機能訓練状態
体力測定結果

■業務帳票■

掲示板
利用料請求書（様式A～F）
納付書
業務日誌
相談記録（利用希望を含む）

目 次

苦情記録
ヒヤリ・ハット記録
アクシデントレポート（事故報告書）
インシデントレポート
事業所住所ラベル
処方箋
カンファレンス議事録

■その他■

- ・利用者台帳 カスタマイズ運用例
- 診療録 （運用例 パターン1）
- 利用者台帳 （運用例 パターン2）
- 利用者台帳 （運用例 パターン3）
- フェースシート （運用例 パターン4）

利用者関係帳票

利用者番号： 1234
利用者名： *石 京*

利用者台帳

印刷日： 令和03年07月06日

《基本情報》			
フリガナ 本人氏名	*カシ キョウ*	男・ ☒ 女	昭和14年06月16日生(82)歳
居住地	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地X X		Tel 099-XXX-XXXX
	Fax	その他連絡方法	
住所地			Tel
	Fax	その他連絡方法	

《緊急時情報》							
緊急時の連絡先	氏名	続柄	電話番号	FAX番号	郵便番号	住所	コメント
	石 京	長男嫁	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	
	石 一	長男	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	

《保険情報》									
介護保険	認定開始日	認定終了日	適用開始日	適用終了日	被保険者番号	保険者番号	要介護度等	交付年月日	認定年月日
	R01/09/01	R05/12/31	R01/09/01	R05/12/31	0024939400	011023	要介護4		
	H30/07/01	R01/08/31	H30/07/01	R01/08/31	0024939400	011023	要介護4		H30/07/01
	H29/07/01	H30/06/30	H29/07/01	H30/06/30	0024939400	011023	要介護4		
	H28/07/01	H29/06/30	H28/07/01	H29/06/30	0024939400	011023	要介護4		
	H28/03/01	H28/06/30	H28/03/01	H28/06/30	0024939400	011023	要介護4		
医療保険	保険開始日	保険終了日	法制番号	保険者番号	記号	番号/受給者番号	本人/家族		
	R03/04/01	R05/03/31	後期高齢者医療	461212		45646546			
	R02/04/01	R02/12/30	生活保護	XXXXXX		XXXXXX			
	H29/08/01	H30/03/31	後期高齢者医療	XXXXXX		XXXXXXXX			

《自立度・現状・住環境・経済状況》								
本人の状況	在宅					生活圏域	中央地区	
世帯の状況	子供と同居		見守り状況	専門的対応が必要		行政区		
住居環境	一戸建て 自宅		自室 有 階		建物名称			
住居環境 その他	床材 問題なし、照明 少し暗いが、変更までの必要なし							
経済状況	厚生年金							
障害高齢者の日常生活自立度			自立		認知症高齢者の日常生活自立度			自立
障害高齢者 コメント					認知症高齢者 コメント			
障害等認定	種類	等級・種別等		手帳番号		障害名等		
	身障							
	その他							

利用者番号： 1234
利用者名： *石 京*

利用者台帳

印刷日： 令和03年07月06日

《家族情報》

家族構成	フリガナ氏名	生年月日	性別	続柄	緊急連絡	介護者区分	電話番号	同居	職業
	イ *石 一*	S39/09/10	男	長男	連絡する	副介護者	099-XXX-XXXX	同居	公務員
	ナ *石 尚*	S40/05/15	女	長男嫁	不要	主介護者	099-XXX-XXXX	同居	主婦
家族関係等の状況		長男夫婦と3人暮らし。長男は仕事で不在ことが多い。長男の嫁は、会社勤め。心臓病があり、無理はできない。							

《生活状況》

今までの生活	入所サービスの、利用されていた。			
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・過ごし方			趣味・楽しみ・特技
	家庭菜園にいそしまれる。			ゲートボール
	時間	本人	介護者・家族	
	06:00 07:00 08:00 09:00 10:00 12:00 13:30 16:00	起床 朝食 テレビ鑑賞 散歩 家庭菜園 昼食 昼寝 家庭菜園	食事準備 付き添い 見守り 食事準備	
				友人・地域との関係
				老人クラブ 週1回参加

《生活歴》

職業歴	期 間	職業名称	備 考
	平成1年～	公務員	(居宅介護支援)
	令和2年	退職	
転居歴	期 間	居住地	備 考
	昭和12年	●●市	(居宅介護支援)

利用者番号： 1234
利用者名： *石 京*

利用者台帳

印刷日： 令和03年07月06日

《現病歴・既往歴情報》

現病歴・既往歴・主治医	年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
	令和2年12月1日	心筋梗塞	南●●クリニック *村 陽*	T e l 099-XXX-XXXX	治療中 経観中 その他	
				T e l	治療中 経観中 その他	
				T e l	治療中 経観中 その他	
				T e l	治療中 経観中 その他	
				T e l	治療中 経観中 その他	

《利用サービス情報》

利用サービス	施設・事業者名	サービス名	利用開始日	利用終了日	その他
	訪問看護 み●●	訪問看護	R02/01/01		(居宅介護支援)
	●●法人地域の輪	地域の輪	R02/01/05	R03/02/28	(居宅介護支援)

《関係者情報》

その他関係者	関係者	氏名・名称	電話番号		住所
	医療機関	*生 ジ*	099-XXX-XXXX	090-XXXX-XXXX	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地

《社会活動》

社会活動	項目名	状 態
	対人関係	近所の友人との交流あり
	外出状況／頻度	週 2 回 散歩
	趣味活動	ゲートボール 週 1 回
	その他	

利用者番号： 1234
利用者名： *石 京*

利用者台帳

印刷日： 令和03年07月06日

その他の健康状態	《その他健康状態》	
	項目名	状 態
	視力	両方1． 2 程度
	聴力	低下している。補聴器装着しているが、機械音の聞き取りが弱い。
	嚥下／咀嚼	咀嚼は良くかみ砕いてから、飲みこんでいる。
	栄養状態	宅配にて、8 割程度は摂取されている
	睡眠状態	9 時間睡眠
	精神状態	特に問題なし
	その他	

《処方薬》											
処方薬	薬剤名称	処方区分	剤形	用量	単位	朝 昼 夕 寝 随					用法
	つむら	内服薬		1	錠	○			○	○	停止

利用者番号： 1234
利用者名： *石 京*

利用者台帳

印刷日： 令和03年07月06日

《ADL・IADL》

	項目名	評 価	備 考
A D L	寝返り	一部介助	
	起き上がり	一部介助	
	座位保持	全介助	
	立ち上がり	全介助	
	立位保持	一部介助	
	歩行	一部介助	
	移動	自立	
	移動の手段	杖	
I A D L	調理	自立	
	掃除・洗濯	一部介助	
	買物	自立	
	金銭管理	自立	
	服薬管理	一部介助	
	電話利用	自立	
	交通手段利用	自立	

《福祉サービス等》

※各サービスの最新日付を印刷。

	名 称	日 付	コ メ ン ト
福 祉 サ ー ビ ス 等	ふれあい会食事業	R02/04/01	

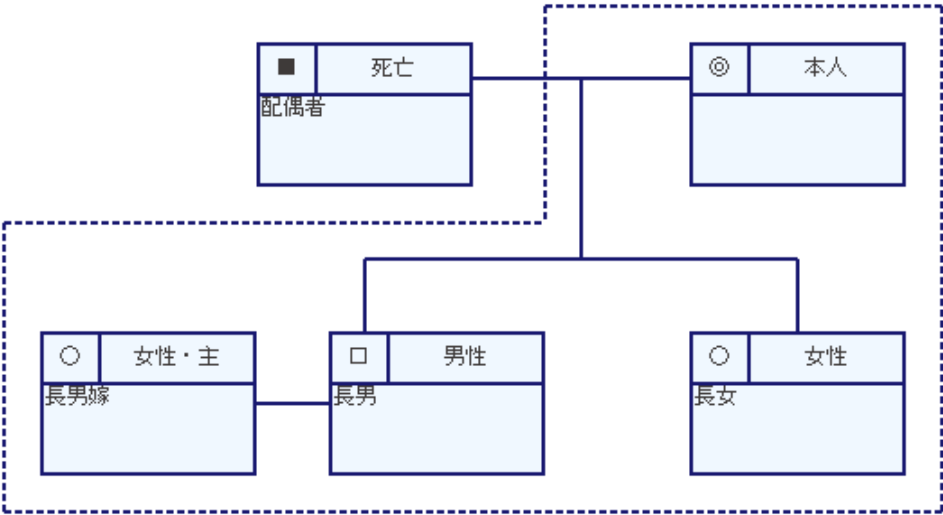
《主治医》

	医師名	所属機関	備考
主 治 医	* 村 陽 *	南●●クリニック	
		住所： 鹿児島市東開町XXXX番地	
		電話番号： 099-XXX-XXX FAX： 099-XXX-XXXX	
	* 田 明 *	●田病院	
		住所： 鹿児島市東開町XXXX番地	
		電話番号： 099-XXX-XXX FAX： 099-XXX-XXXX	

家族構成図

フリガナ 本人氏名	*カシ キョウ* *石 京*	男・女	昭和14年06月16日生(82)歳
--------------	-------------------	-----	---------------------

◎回＝本人、○＝女性、□＝男性
●■＝死亡、☆＝キーパーソン
主介護者に「主」
副介護者に「副」
(同居家族は○で囲む)



《家族情報》

家族構成	フリガナ 氏 名	生年月日	性別	続柄	緊急 連絡	介護者区分	電話番号	同居	職業
	シ イチ *石 一*	S39/09/10	男	長男	連絡 する	副介護者	099-XXX-XXXX	同居	公務員
	シ ナホ *石 尚*	S40/05/15	女	長男嫁	不要	主介護者	099-XXX-XXXX	同居	主婦
	家族関係等の状況	長男夫婦と3人暮らし。長男は仕事で不在なことが多い。長男の嫁は、会社勤め。心臓病があり、無理はできない。							

利用者一覧表

印刷日 令和02年07月14日

番号	漢字氏名	カナ氏名	性別	生年月日	介護度	認定開始日	認定終了日	担当	〒番号	住 所	電話	契約日	介護支援事業者名
1	*岡 良*	*カ ヨシ*	女	S14/7/17	要介護4	R1/11/1	R2/10/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	099-XXXX-XXXX	H25/3/1～	ケアセンター「み●●」
2	*賀 三*	*カ サブロ*	男	S14/4/21	要介護4	R1/10/1	R20/12/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	099-XXX-XXXX	H25/3/1～	ケアセンター「み●●」
3	*日部 京*	*カベ キョウ*	女	S14/3/6	要介護2	R1/10/1	R2/12/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	099-XXX-XXXX	H25/2/1～	ケアセンター「み●●」
4	*島 京*	*シマ キョウ*	女	S14/9/2	要介護4	R1/10/1	R3/3/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	090-XXXX-XXXX	H25/3/13～	ケアセンター「み●●」
5	*島 二*	*シマ シ*	男	S14/8/30	要介護5	R1/10/1	R2/12/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	099-XXX-XXXX	H25/3/13～	ケアセンター「み●●」
6	*原 三*	*ハラ サブ*	男	S14/9/6	要支援1	R1/11/1	R2/10/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X - X X X X	099-XXX-XXXX	H25/2/1～	東●●●地域包括支援センター

保険切れ一覧（全サービス）

終了日 R2/4/1 ~ R2/6/30

印刷日 R2/6/2

[illegible]

【介護保険】

令和2年4月

利用開始・終了者一覧

印刷年月日： 令和2年6月2日

●●●病院 訪問リハ

【前月末利用者数 15 名】

開始者一覧						終了者一覧					
No.	開始日	利用者氏名	介護度	開始状況	前回終了年月	No.	終了日	利用者氏名	介護度	終了状況	開始年月
						1	04/30	* 老野 三 *	要介護 3	●●●病院 訪問リハ	H25/04

【当月末利用者数 14 名】

■住所ラベル

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

 * 岡 良 * 様
(* 岡 良 * 様分)

922-0337
石川県加賀市合河町1234-5

 * 賀 三 * 様
(* 賀 三 * 様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

 * 日部 京 * 様
(* 日部 京 * 様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

 * 島 京 * 様
(* 島 京 * 様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

 * 島 二 * 様
(* 島 二 * 様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX-XXXX

 * 原 三 * 様
(* 原 三 * 様分)

主治医意見書

●●病院 ●●先生 意見書

記入日

令和2年04月01日

申請者	(ふりがな) * かし きょう *	男 ● 女	〒 891-0115
	* 石 京 *		鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地24
	昭和14年06月16日 生 (80 歳)		連絡先

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。

主治医として、本意見書が介護サービス計画書作成等に利用されることに ☒ 同意する。 ☐ 同意しない。

医師氏名 ●村 陽●

医療機関名 南●●クリニック

電話 099-XXX-XXXX

医療機関所在地 鹿児島市東開町XXXX番地

FAX 099-XXX-XXXX

(1)最終診察日	令和2年04月03日
(2)意見書作成回数	☒ 初回 ☐ 2回目以上
(3)他科受診の有無	☒ 有 ☐ 無 (有の場合)→ ☐ 内科 ☒ 精神科 ☐ 外科 ☒ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☒ 歯科 ☐ その他()

1.傷病に関する意見

(1)診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入)及び発症年月日			
1. パーキンソン病	発症年月日 (	平成22年	頃)
2. 高血圧	発症年月日 (	令和1年10月	頃)
3. 狭心症	発症年月日 (	令和1年11月	頃)
(2)症状としての安定性 ☒ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明			
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)			
(3)生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 [最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入] 平成6年発症後次第にADL低下し、現在は屋内からうじて伝い歩きレベルのADL。上肢に振戦あり、姿勢反射異常の為、前かがみ歩行で突進し、倒れやすい。嚥下の障害もありむせやすく、誤嚥性肺炎で8月25日から31日まで入院した。 シンメトレル60mg 3錠			

2.特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	☐ 点滴の管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ ストーマの処置 ☐ 酸素療法 ☐ レスピレーター ☐ 気管切開の処置 ☐ 疼痛の看護 ☐ 経管栄養
特別な対応	☐ モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) ☐ 褥瘡の処置
失禁への対応	☐ カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

3.心身の状態に関する意見

(1)日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	☒ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M
(2)認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・短期記憶	☒ 問題なし ☐ 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	☒ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない
・自分の意思の伝達能力	☐ 伝えられる ☒ いくらか困難 ☐ 具体的な要求に限られる ☐ 伝えられない
(3)認知症の行動・心理症状(BPSD) (該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
☒ 無 ☐ 有	☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他()
(4)その他の精神・神経症状	
☐ 無 ☒ 有	[症状名: 振戦、すくみ足、突進 専門医受診の有無 ☐ 有 () ☒ 無]

(5) 身体の状態

利き腕(☒ 右 ☐ 左) 身長＝ cm 体重＝ kg (過去6ヶ月の体重の変化 ☐ 増加 ☐ 維持 ☐ 減少)

☐ 四肢欠損 (部位: _____)

☐ 麻痺 ☐ 右上肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 左上肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 右下肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 左下肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ その他 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☒ 筋力の低下 (部位: 下肢 程度: ☒ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☒ 関節の拘縮 (部位: 上肢 程度: ☒ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☒ 関節の痛み (部位: 上肢 程度: ☒ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☒ 失調・不随意運動 ・上肢 ☒ 右 ☒ 左 ・下肢 ☐ 右 ☐ 左 ・体幹 ☐ 右 ☐ 左

☐ 褥瘡 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

4.生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 ☒ 自立 ☐ 介助があればしている ☐ していない

車いすの使用 ☒ 用いていない ☐ 主に自分で操作している ☐ 主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用(複数選択可) ☒ 用いていない ☐ 屋外で使用 ☐ 屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 ☒ 自立ないし何とか自分で食べられる ☐ 全面介助

現在の栄養状態 ☒ 良好 ☐ 不良

→ 栄養・食生活上の留意点 (_____)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

☒ 尿失禁 ☒ 転倒・骨折 ☐ 移動能力の低下 ☐ 褥瘡 ☐ 心肺機能の低下 ☐ 閉じこもり ☐ 意欲低下 ☐ 徘徊

☐ 低栄養 ☒ 摂食・嚥下機能低下 ☐ 脱水 ☐ 易感染性 ☐ がん等による疼痛 ☐ その他 (_____)

→ 対処方針 (_____)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

☒ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いてください。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問歯科診療

☐ 訪問薬剤管理指導 ☒ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入所療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導

☐ 訪問栄養食事指導 ☐ 通所リハビリテーション ☐ その他の医療系サービス (_____)

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 ☒ 特になし ☐ あり (_____) ・移動 ☐ 特になし ☒ あり (適時の介助 _____)

・摂食 ☒ 特になし ☐ あり (_____) ・運動 ☐ 特になし ☐ あり (_____)

・嚥下 ☐ 特になし ☒ あり (むせあり、見守り必要 _____) ・その他 (_____)

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入してください。)

☒ 無 ☐ 有 (_____) ☐ 不明

5.特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

家事能力は失われている。移動は見守りと適時の介助を要する。

主治医意見書

●●病院 ●●先生 意見書

記入日 令和2年04月01日

申請者	(ふりがな) * かし きょう *	男 ・ 女	〒 891-0115
	* 石 京 *		鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地24
	昭和14年06月16日 生 (80 歳)		連絡先

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。
主治医として、本意見書が介護サービス計画書作成等に利用されることに ☒ 同意する。 ☐ 同意しない。

医師氏名 ●村 陽●	
医療機関名 南●●クリニック	電話 099-XXX-XXXX
医療機関所在地 鹿児島市東開町XXXX番地	FAX 099-XXX-XXXX

(1)最終診察日	令和2年04月03日
(2)意見書作成回数	☒ 初回 ☐ 2回目以上
(3)他科受診の有無	☒ 有 ☐ 無 (有の場合)→ ☐ 内科 ☒ 精神科 ☐ 外科 ☒ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☒ 歯科 ☐ その他 ()

1.傷病に関する意見

(1)診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1. に記入)及び発症年月日			
1. パーキンソン病	発症年月日 (	平成22年	頃)
2. 高血圧	発症年月日 (	令和1年10月	頃)
3. 狭心症	発症年月日 (	令和1年11月	頃)

(2)症状としての安定性	☒ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)	
(3)生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 〔最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)〕 平成6年発症後次第にADL低下し、現在は屋内からうじて伝い歩きレベルのADL。上肢に振戦あり、姿勢反射異常の為、前かがみ歩行で突進し、倒れやすい。嚥下の障害もありむせやすく、誤嚥性肺炎で8月25日から31日まで入院した。 シンメトレル60mg 3錠	

2.特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	☐ 点滴の管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ ストーマの処置 ☐ 酸素療法
	☐ レスピレーター ☐ 気管切開の処置 ☐ 疼痛の看護 ☐ 経管栄養
特別な対応	☐ モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) ☐ 褥瘡の処置
失禁への対応	☐ カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

3.心身の状態に関する意見

(1)日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	☒ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M

(2)認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・短期記憶	☒ 問題なし ☐ 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	☒ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない
・自分の意思の伝達能力	☐ 伝えられる ☒ いくらか困難 ☐ 具体的な要求に限られる ☐ 伝えられない

(3)認知症の行動・心理症状(BPSD) (該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
☒ 無 ☐ 有	→ { ☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他 ()

(4)その他の精神・神経症状	
☐ 無 ☒ 有	〔症状名: 振戦、すくみ足、突進 専門医受診の有無 ☐ 有 () ☒ 無 〕

(5)身体の状態	
利き腕(☒ 右 ☐ 左)	身長= 155.2 cm 体重= 52.4 kg (過去6ヶ月の体重の変化 ☐ 増加 ☐ 維持 ☐ 減少)
☐ 四肢欠損 (部位:)	
☐ 麻痺 ☐ 右上肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 左上肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	☐ 右下肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 左下肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
	☐ その他 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
☒ 筋力の低下 (部位: 下肢 程度: ☒ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	
☒ 関節の拘縮 (部位: 上肢 程度: ☒ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	
☒ 関節の痛み (部位: 上肢 程度: ☒ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	
☒ 失調・不随意運動 ・上肢 ☒ 右 ☒ 左 ・下肢 ☐ 右 ☐ 左 ・体幹 ☐ 右 ☐ 左	
☐ 褥瘡 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	
☐ その他の皮膚疾患 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	

4.生活機能とサービスに関する意見

(1)移動			
屋外歩行	☒ 自立 ☐ 介助があればしている ☐ していない		
車いすの使用	☒ 用いていない ☐ 主に自分で操作している ☐ 主に他人が操作している		
歩行補助具・装具の使用(複数選択可)	☒ 用いていない ☐ 屋外で使用 ☐ 屋内で使用		

(2)栄養・食生活			
食事行為	☒ 自立ないし何とか自分で食べられる ☐ 全面介助		
現在の栄養状態	☒ 良好 ☐ 不良		
→ 栄養・食生活上の留意点 ()			

(3)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針			
☒ 尿失禁 ☒ 転倒・骨折 ☐ 移動能力の低下 ☐ 褥瘡 ☐ 心肺機能の低下 ☐ 閉じこもり ☐ 意欲低下 ☐ 徘徊			
☐ 低栄養 ☒ 摂食・嚥下機能低下 ☐ 脱水 ☐ 易感染性 ☐ がん等による疼痛 ☐ その他 ()			
→ 対処方針 ()			

(4)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し			
☒ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明			

(5)医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いてください。予防給付により提供されるサービスを含みます。)			
☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問歯科診療			
☐ 訪問薬剤管理指導 ☒ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入所療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導			
☐ 訪問栄養食事指導 ☐ 通所リハビリテーション ☐ その他の医療系サービス ()			

(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項			
・血圧 ☒ 特になし ☐ あり ()	・移動 ☐ 特になし ☒ あり (適時の介助)		
・摂食 ☒ 特になし ☐ あり ()	・運動 ☐ 特になし ☐ あり ()		
・嚥下 ☐ 特になし ☒ あり (むせあり、見守り必要)	・その他 ()		

(7)感染症の有無 (有の場合は具体的に記入してください。)			
☒ 無 ☐ 有 ()			

5.特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

家事能力は失われている。移動は見守りと適時の介助を要する。

基本チェックリスト

利用者番号： 1234

記入日： 令和2年4月1日(水)

氏名	* 石 京 *	様	住所	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 2 4	生年月日	昭和14年6月16日	
希望するサービス内容		訪問リハ					
No.	質問項目			回答		計	
生活全般	1	バスや電車で1人で外出していますか			0. はい	1. いいえ	1
	2	日用品の買物をしていますか			0. はい	1. いいえ	
	3	預貯金の出し入れをしていますか			0. はい	1. いいえ	
	4	友人の家を訪ねていますか			0. はい	1. いいえ	
	5	家族や友人の相談にのっていますか			0. はい	1. いいえ	
運動機能	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか			0. はい	1. いいえ	5
	7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか			0. はい	1. いいえ	
	8	15分位続けて歩いていますか			0. はい	1. いいえ	
	9	この1年間に転んだことがありますか			1. はい	0. いいえ	
	10	転倒に対する不安は大きいですか			1. はい	0. いいえ	
栄養	11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか			1. はい	0. いいえ	0
	12	身長 152 cm 体重 50 kg (BMI = 21.6) (注)					
口腔・嚥下	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか			1. はい	0. いいえ	3
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか			1. はい	0. いいえ	
	15	口の渇きが気になりますか			1. はい	0. いいえ	
外出	16	週に1回以上は外出していますか			0. はい	1. いいえ	2
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか			1. はい	0. いいえ	
認知	18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか			1. はい	0. いいえ	3
	19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか			0. はい	1. いいえ	
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか			1. はい	0. いいえ	
1～20の合計						14	
生活意欲	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない			1. はい	0. いいえ	2
	22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった			1. はい	0. いいえ	
	23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる			1. はい	0. いいえ	
	24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない			1. はい	0. いいえ	
	25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする			1. はい	0. いいえ	
1～25の合計						16	

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が18.5未満の場合に該当とする。

[備考]

--

災害時要援護者基本情報

作成日：令和2年4月3日

フリガナ		*カシ キョウ*		女	昭和14年6月16日生（80）歳	
要援護者氏名		*石京*				
住所		鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地24			電話1	099-XXX-XXXX
					電話2	090-XXXX-XXXX
障害等認定	身体障害					
	療育					
	精神障害					
	難病					
	その他					
住居環境		一戸建て 自室有り 階			世帯状況	子供と同居
緊急連絡先	氏名・名称		続柄	電話	住所	
	石美		長男嫁	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX	鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地	
	石卓		長男	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX	鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地	
避難勧告	伝達方法	民生員			伝達者氏名	*田富*
	留意事項	難聴あり				
避難時	避難支援者	氏名・名称		続柄	電話	住所
		石美		長男嫁	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX	鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地
	必要支援者数		1人		避難時の必要物品	杖
	避難所	第1避難所	公民館		避難手段	徒歩
		第2避難所	息子宅		避難手段	
携行する医薬品等						
留意事項						
避難所	避難所での必要物品	おむつ				
	生活に必要な医療機器					
	留意事項					

実績関係帳票

利用者番号：1011

令和2年4月

サービス提供実績票

居宅介護支援事業所名：ケアセンター「み●●」様

Tel:

Fax:

サービス提供事業所名：●●●病院

利用者名：＊賀三＊様

生年月日：昭和14年4月21日

介護度：要介護4

計画単位：5,686

実績単位：5,686

提供時間帯	サービス内容	月間サービス計画及び実績の記録																														合計		
		日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	回数	概算単位
		曜日	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木		
10:00 ~ 10:40	訪問リハビリ 1	予定		2					2		2					2		2					2		2					2		2	18	
		実績		2					2		2					2		2					2		2					2		2	18	5,256
	訪問リハ短期集中リハ加算	予定		1																													1	
		実績		1																													1	200
	訪問リハマネジメント加算Ⅰ	予定		1					1		1					1		1					1		1					1		1	9	
		実績		1					1		1					1		1					1		1					1		1	9	230
	訪問リハサービス提供体制加算	予定		2					2		2					2		2					2		2					2		2	18	
		実績		2					2		2					2		2					2		2					2		2	18	(108)

概算単位が“()”で括られているものは、区分支給限度額管理対象外です。

サービス提供実績票別表 ※レセプト情報より出力しています。計算方法の違いにより、サービス提供票別表の金額と数円の誤差が発生する場合があります。

サービス内容	コード	単位数	回数	単位/金額	区分支給 超過単位数	区分支給内 単位数	単価	費用総額 (保険分)	給付率	保険請求額	定額利用者 負担単価金額	公費・軽減 給付額	利用者負担 (保険分)	利用者負担 (公費/軽減分)
訪問リハビリ1	142111	292	18	5,256			10.00		90					
訪問リハ短期集中リハ加算	145003	200	1	200			10.00		90					
訪問リハマネジメント加算Ⅰ	145004	230	1	230			10.00		90					
訪問リハサービス提供体制加算	146101	6	18	(108)			10.00		90					
計画単位		5,686	合計	5,686	0	5,686		57,940		52,146		0	5,794	0

合計情報

サービス種類	計画単位	限度額対象	限度額対象外	給付単位数
訪問リハビリ	5,686	5,686	108	5,794

提供実績票作成状況一覧

提供年月： 令和2年4月 分

印刷日： 令和2年4月30日

支援事業所番号	支援事業所名	No.	利用者氏名	介護度	被保険者 番号	保険者 番号	計画単位	限度額対象	限度額対象外	給付単位数	超過単位数
468888888	東●●●地域包括支援センター	1	* 原 三 *	要支援 1	0155352551	462010	5,486	5,486	108	5,594	0
469999997	ケアセンター「み●●」	1	* 岡 良 *	要介護 4	4600000717	462010	7,822	7,822	0	7,822	0
		2	* 賀 三 *	要介護 4	4634343333	462010	5,686	5,686	108	5,794	0
		3	* 日部 京 *	要介護 2	4600000306	462010	7,238	7,238	0	7,238	0
		4	* 島 京 *	要介護 4	4633333322	462010	7,286	7,286	108	7,394	0
		5	* 島 二 *	要介護 5	4600000830	462010	5,486	5,486	0	5,486	0
		6	* 蘇 一 *	要介護 5	0000012345	462010	5,256	5,256	0	5,256	0

未収金一覧

請求金額合計	7,082
未収金額合計	7,082
入金額合計	0

R2/04/01～R2/04/30

R2/05/11 時点

印刷日

R2/05/11

請求書番号	利用者番号	利用者名	請求グループ名	請求日	請求開始日	請求終了日	請求金額	未収金額	最終入金日	送付先
12	1234	* 石 京 *	請求グループ12	R2/04/10	R2/04/01	R2/04/30	4,028	4,028		区分 請求書送付 * 石 京 * 電話 099-XXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地24
	1234	* 石 京 *				計	4,028	4,028		
13	1012	* 路 三 *	請求グループ12	R2/04/10	R2/04/01	R2/04/30	1,018	1,018		区分 請求書送付 * 路 三 * 電話 099-XXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××-21
	1012	* 路 三 *				計	1,018	1,018		
14	1003	* 路 四 *	請求グループ12	R2/04/10	R2/04/01	R2/04/30	1,018	1,018		区分 請求書送付 * 路 四 * 電話 099-XXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町××××-××
	1003	* 路 四 *				計	1,018	1,018		
11	123456	* 山 太 *	請求グループ12	R2/04/09	R2/04/01	R2/04/30	1,018	1,018		区分 請求書送付 * 山 太 * 電話 099-XXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町××××-××
	123456	* 山 太 *				計	1,018	1,018		

事業所別未収金一覧表 (●●●病院)

印刷日 2020年5月11日

提供期間 2020年4月1日 ~ 2020年4月30日

番号	利用者氏名	性別	保険内金額					その他自費	減免額	自事業所の 請求金額計	他事業所の 請求金額計	今月請求金 額計	前月までの 未収金額計	今月入金金 額計	今月末未収 金額計
	岡 良	女	¥7,822	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥7,822	¥0	¥7,822	¥0	¥0	¥7,822
1011	*賀 三*	男	¥5,794	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥5,794	¥0	¥5,794	¥0	¥0	¥5,794
	日部 京	女	¥7,238	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥7,238	¥0	¥7,238	¥0	¥0	¥7,238
	島 京	女	¥7,394	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥7,394	¥0	¥7,394	¥0	¥0	¥7,394
	島 二	男	¥5,486	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥5,486	¥0	¥5,486	¥0	¥0	¥5,486
	蘇 一	男	¥5,256	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥5,256	¥0	¥5,256	¥0	¥0	¥5,256
1021	*原 三*	男	¥5,594	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥5,594	¥0	¥5,594	¥0	¥0	¥5,594
	全体合計		¥44,584	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥44,584	¥0	¥44,584	¥0	¥0	¥44,584

実施日 R02/04/01～R02/04/30

その他費用一覧表 (●●●●病院)

)

印刷日 R02/05/11

	おむつ代 食事代 共益費 テレビ代	ベッド代 洗濯代 キャンセル料 交通費					合計金額	軽減額合計	請求金額	(8%分消費税額) (10%分消費税額) 消費税合計額
* 岡 良 *	280	0								
	0	0								
R02/04/01～R02/04/30	0	1,000								0
	0	8,500								0
小 計							9,780	0	9,780	0
* 賀 三 *	240	0								
	0	0								
R02/04/01～R02/04/30	0	0								0
	0	8,500								0
小 計							8,740	0	8,740	0
* 日部 京 *	0	0								
	0	0								
R02/04/01～R02/04/30	0	0								0
	0	6,800								0
小 計							6,800	0	6,800	0
* 島 京 *	0	0								
	0	0								
R02/04/01～R02/04/30	0	0								0
	0	7,650								0
小 計							7,650	0	7,650	0
* 島 二 *	0	0								
	0	0								
R02/04/01～R02/04/30	0	0								0
	0	7,650								0
小 計							7,650	0	7,650	0
* 原 三 *	0	0								
	0	0								
R02/04/01～R02/04/30	0	0								0
	0	7,650								0
小 計							7,650	0	7,650	0
総合計	520	0								
	0	0								
	0	1,000								0
	0	46,750								0
							48,270	0	48,270	0

実施日 R02/04/01～R02/04/30

サービス費請求一覧表 (●●●●病院

介護)

印刷日 R02/05/01

訪問リハビリテーション

	訪問リハ1	特別地域加算	マネジメント加算Ⅰ	計画診療未実施減算	介護(保険) 介護(自費)	保険内単位	合計金額	軽減額	請求金額
	訪問リハ2	小規模事業所加算	マネジメント加算Ⅱ	社会参加支援加算					
	訪問リハ3	中山間地域等提供加算	マネジメント加算Ⅲ	サービス提供体制加算					
	同一建物減算	短期集中リハ加算	マネジメント加算Ⅳ						
岡 良	7,592	0	230	0	7,822				
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0	0				
	0	0	0	0					
	0	0	0	0	7,822				
小 計							7,822	0	7,822
賀 三	5,256	0	230	0	5,794				
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0	0				
	0	0	0	108					
	0	200	0		5,794				
小 計							5,794	0	5,794
日部 京	7,008	0	230	0	7,238				
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0	0				
	0	0	0	0					
	0	0	0		7,238				
小 計							7,238	0	7,238
島 京	5,256	0	230	0	7,394				
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0	0				
	0	0	0	108					
	0	1,800	0		7,394				
小 計							7,394	0	7,394
島 二	5,256	0	230	0	5,486				
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0	0				
	0	0	0	0					
	0	0	0		5,486				
小 計							5,486	0	5,486
総合計	30,368	0	1,150	0	33,734				
	0	0	0	0	0				
	0	0	0	216					
	0	2,000	0		33,734				
							33,734	0	33,734

* 石 京 *		様	生年月日		昭和14年6月16日		(80 歳)	
令和02年4月4日(土)								
【健康チェック】	血圧	125 / 95						
	脈拍	72 回/分						
	体温	36.4 °C						
【ご家族への連絡事項】								
歩行訓練の実施 ご自宅で生活される際に必要な移動手段の練習を行いました。 次回、杖や歩行器等の歩行補助具の選定や歩行介助の方法についてのアドバイスをいたします。								
【ご家族からの連絡事項】								

		様	生年月日		(歳)		
【健康チェック】	血圧	/					
	脈拍	回/分					
	体温	°C					
【ご家族への連絡事項】							
【ご家族からの連絡事項】							

* 石 京 * 様 生年月日 昭和14年6月16日 (80 歳)
令和02年4月4日(土)

【健康チェック】	血圧	125 / 95
	脈拍	72 回/分
	体温	36.4 °C

【ご家族への連絡事項】

歩行訓練の実施
ご自宅で生活される際に必要な移動手段の練習を行いました。
次回、杖や歩行器等の歩行補助具の選定や歩行介助の方法についてのアドバイスをいたします。

【ご家族からの連絡事項】



* 石 京 *		様	生年月日		昭和14年6月16日		(80 歳)	
<u>令和02年4月4日(土)</u>								
			血压		125 / 95			
【健康チェック】			脈拍		72 回/分			
			体温		36.4 °C			
【食事】			食事量		昼 主食		9 割 ○	
					副食		10 割 ◎	
			昼間 主食		割			
【水分】			摂取量		1800			
【排泄】			排尿量		1000		排便 普通	
【ご家族への連絡事項】								
歩行訓練の実施 ご自宅で生活される際に必要な移動手段の練習を行いました。 次回、杖や歩行器等の歩行補助具の選定や歩行介助の方法についての アドバイスをいたします。								
【ご家族からの連絡事項】								

		様	生年月日		(歳)			
			血压		/			
【健康チェック】			脈拍		回/分			
			体温		°C			
【食事】			食事量		昼 主食		割	
					副食		割	
			昼間 主食		割			
【水分】			摂取量					
【排泄】			排尿量				排便	
【ご家族への連絡事項】								
【ご家族からの連絡事項】								

* 石 京 * 様 生年月日 昭和14年6月16日 (80 歳)

令和02年4月4日(土)

	血圧	125 / 95			
【健康チェック】	脈拍	72	回/分		
	体温	36.4	℃		
【食事】	食事量	昼 主食	9割	副食	割
		昼間 主食	割		
【水分】	摂取量	2000			
【排泄】	排尿量	1000	排便	普通	

【実施内容】

医療的処置	■褥瘡予防・処置	□胃・瘻孔バルーンカテーテル管
-------	----------	-----------------

【ご家族への連絡事項】

歩行訓練の実施
ご自宅で生活される際に必要な移動手段の練習を行いました。
次回、杖や歩行器等の歩行補助具の選定や歩行介助の方法についてのアドバイスをいたします。

【ご家族からの連絡事項】

サービス記録

利用者氏名 * 石 京 * 殿

印刷日：R02.06.04

[illegible]

サービス記録

利用者氏名 * 石 京 * 殿

印刷日：R02.06.04

[illegible]

実施日 令和2年4月1日～令和2年4月30日

利用料請求一覧表 (●●●病院)

)

印刷日 令和2年5月14日

	おむつ代	ベッド代			介護（保険）	合計金額	介護軽減額 軽減額合計	最終入金日 請求金額	入金額 累計入金額 未収金額 消費税額	請求区分 金融機関名 発行日
	食事代	洗濯代			介護（自費）					
	共益費									
	テレビ代				保険内単位					
岡 良	420	0			7,822	8,242	0	8,242	0	口座引落 ●●銀行 R02/05/11
R02/04/01～R02/04/30	0	0			0					
29	0				7,822					
小 計										
賀 三	240	0			5,794	6,034	0	6,034	0	請求書送付 R02/05/11
1011	0	0			0					
R02/04/01～R02/04/30	0									
30	0				5,794					
小 計										
日部 京	0	0			7,238	7,238	0	7,238	0	振込 R02/05/11
R02/04/01～R02/04/30	0	0			0					
31	0				7,238					
小 計										
島 京	0	0			7,394	7,394	0	7,394	0	請求書送付 R02/05/11
R02/04/01～R02/04/30	0	0			0					
32	0				7,394					
小 計										
島 二	0	0			5,486	5,486	0	5,486	0	請求書送付 R02/05/11
R02/04/01～R02/04/30	0	0			0					
33	0				5,486					
小 計										
蘇 一	0	0			5,256	5,256	0	5,256	0	請求書送付 R02/05/11
R02/04/01～R02/04/30	0	0			0					
34	0				5,256					
小 計										
原 三	0	0			5,594	5,594	0	5,594	0	請求書送付 R02/05/11
1021	0	0			0					
R02/04/01～R02/04/30	0									
35	0				5,594					
小 計										

実施日 令和2年4月1日～令和2年4月30日

利用料請求一覧表 (●●●病院

)

印刷日 令和2年5月14日

	おむつ代	ベッド代				介護（保険）	合計金額	介護軽減額	最終入金日	入金額	請求区分
	食事代	洗濯代				介護（自費）				累計入金額	金融機関名
	共益費									未収金額	発行日
	テレビ代					保険内単位		軽減額合計	請求金額	消費税額	
総合計	660	0				44,584	45,244	0		0	
	0	0				0				0	
	0									45,244	
	0					44,584					
								0	45,244	0	

請求区分：請求書送付、口座引落、振込

No.	利用者氏名	合計請求額	●●●病院
1	* 岡 良 *	17,018	17,018
2	* 賀 三 *	14,534	14,534
3	* 日部 京 *	14,038	14,038
4	* 島 京 *	15,044	15,044
5	* 島 二 *	13,136	13,136
6	* 蘇 一 *	5,256	5,256
7	* 原 三 *	13,244	13,244
合計		92,270	92,270

訪問実績一覧表

令和02年4月1日　～　令和02年4月30日

令和02年5月4日

* 石 京 *

住所： 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地24

訪問日	スタッフID	スタッフ名	提供時間帯	合計 時間	実施 回数	提供種類	備考
4 日	0001	* 玉 あや *	10:00 ~ 10:59	59	1	介護	
11 日	0002	* 知 小 *	16:00 ~ 16:59	59	1	介護	
18 日	0001	* 玉 あや *	16:00 ~ 16:59	59	1	介護	
25 日	0002	* 知 小 *	16:00 ~ 16:59	59	1	介護	
		総件数： 4 件	総合計： 3時間56分				

訪問実績一覧表

令和02年4月1日 ～ 令和02年4月30日

令和02年5月4日

* 玉 あや *

職種名： 看護師

住所：

訪問日	利用者番号	利用者氏名	提供時間帯	合計 時間	実施 回数	提供種類	住所
4 日	1234	* 石 京 *	10:00 ～ 10:59	59	1	介護	鹿児島県鹿児島市東開町×××番地2 4
18 日	1234	* 石 京 *	16:00 ～ 16:59	59	1	介護	鹿児島県鹿児島市東開町×××番地2 4
		総件数： 2 件	総合計： 1時間58分				

訪問実績一覧表

令和02年4月1日 ～ 令和02年4月30日

令和02年5月4日

* 知 小 *

職種名： 看護師

住所：

訪問日	利用者番号	利用者氏名	提供時間帯	合計 時間	実施 回数	提供種類	住所
11 日	1234	* 石 京 *	16:00 ～ 16:59	59		介護	鹿児島県鹿児島市東開町×××番地2 4
25 日	1234	* 石 京 *	16:00 ～ 16:59	59	1	介護	鹿児島県鹿児島市東開町×××番地2 4
		総件数： 2 件	総合計： 1時間58分				

令和02年04月

利用者別サービス内容実績一覧表

印刷日：令和02年05月01日

利用者名	サービス内容	提供時間帯	合 計	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
				水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木
岡 良	訪問リハビリ 1	11:00 ～ 11:40	26		2		2			2		2		2			2		2		2			2		2		2			2		2
賀 三	訪問リハビリ 1	10:00 ～ 10:40	18		2					2		2					2		2					2		2					2		2
日部 京	訪問リハビリ 1	14:00 ～ 15:00	24			3			3				3			3			3			3					3			3			
島 京	訪問リハビリ 1	10:00 ～ 10:40	6		2					2		2																					
島 二	訪問リハビリ 1	15:00 ～ 15:40	18	2			2				2			2				2			2				2			2				2	
蘇 一	訪問リハビリ 1	9:00 ～ 11:00	2		2																												
原 三	予防訪問リハ 1	9:00 ～ 9:59	18	2		2					2		2					2		2					2		2					2	

※ヘルパーごとの延べ件数をカウントします。（2人で訪問の場合2） 訪問者が入力されていない場合は1でカウントします。

令和02年04月

スタッフ別サービス内容実績一覧表

印刷日：令和02年05月01日

スタッフ名	サービス内容	提供時間帯	合 計	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
				水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木
* 玉 あや *	訪問リハビリ 1	10:00 ～ 10:40	2	2																													
* 知 小 *	訪問リハビリ 1	10:00 ～ 10:40	4							2		2																					
	訪問リハビリ 1	11:00 ～ 11:40	4	2		2																											
* 阪 太 *	訪問リハビリ 1	10:00 ～ 10:40	2	2																													
	訪問リハビリ 1	11:00 ～ 11:40	2							2																							
* 阜 梅 *	訪問リハビリ 1	10:00 ～ 10:40	2							2																							

利用者別介護記録一覧表

印刷日：令和2年4月2日

利用者名：＊岡 良＊

訪問日	令和2年4月2日	(木)	訪問時間	11:00 ~ 11:40	0 時間	40 分
スタッフ	＊知 小＊					
サービス	訪問リハビリ 1			提供種類	介護	
サービス準備・記録録等	☒ サービス準備・記録録等					
リハビリ	☐ リハビリ					
介護指導	☐ 介護指導					
その他	☐ その他					
記録	バイタルサインチェック シャワー浴 薬物管理 病状の観察					

訪問日	令和2年4月4日	(土)	訪問時間	13:00 ~ 13:40	0 時間	40 分
スタッフ	＊知 小＊					
サービス	訪問リハビリ 1			提供種類	介護	
サービス準備・記録録等	☐ サービス準備・記録録等					
リハビリ	☒ リハビリ					
介護指導	☐ 介護指導					
その他	☐ その他					
記録	病状の観察 リハビリテーション					

訪問日	令和2年4月7日	(火)	訪問時間	15:00 ~ 15:40	0 時間	40 分
スタッフ	＊阪 太＊					
サービス	訪問リハビリ 1			提供種類	介護	
サービス準備・記録録等	☐ サービス準備・記録録等					
リハビリ	☐ リハビリ					
介護指導	☐ 介護指導					
その他	☒ その他					
記録	創傷処置 療養上の相談・生活指導 治療的コミュニケーション					

スタッフ別介護記録一覧表

印刷日： 令和2年7月14日
スタッフ名： * 知 小 *

利用者	* 岡 良 * 様		
訪問日	令和2年4月2日 (木)	訪問時間	11:00 ~ 11:40 0 時間 40 分
住所	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地		電話番号 099-XXXX-XXXX
サービス	訪問リハビリ 1	提供種類	介護
サービス準備・記録録等	☐ サービス準備・記録録等		
リハビリ	☒ リハビリ		
介護指導	☐ 介護指導		
その他	☒ その他		
記録	リハビリテーション 創傷処置 療養上の相談・生活指導 治療的コミュニケーション		

利用者	* 岡 良 * 様		
訪問日	令和2年4月4日 (土)	訪問時間	11:00 ~ 11:40 0 時間 40 分
住所	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地		電話番号 099-XXXX-XXXX
サービス	訪問リハビリ 1	提供種類	介護
サービス準備・記録録等	☐ サービス準備・記録録等		
リハビリ	☒ リハビリ		
介護指導	☐ 介護指導		
その他	☐ その他		
記録	病状の観察 リハビリテーション		

スタッフ別介護記録一覧表

印刷日： 令和2年7月14日
スタッフ名： * 知 小 *

利用者	* 賀 三 * 様		
訪問日	令和2年4月7日 (火)	訪問時間	10:00 ~ 10:40 0 時間 40 分
住所	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地		電話番号 099-XXX-XXXX
サービス	訪問リハビリ 1	提供種類	介護
サービス準備・記録録等	☒ サービス準備・記録録等		
リハビリ	☐ リハビリ		
介護指導	☐ 介護指導		
その他	☒ その他		
記 録	バイタルサインチェック シャワー浴 薬物管理		

入金日計表

入金日期間： 令和02年04月01日 ～ 令和02年05月27日

印刷日： 令和02年05月27日

	利用者番号	利用者名	請求期間	請求書番号	入金日	請求金額	保険分金額	その他費用金額	前回までの 入金額累計	入金金額	未収金額	入金区分
1	1011	*賀 三*	R02/04/01～R02/04/30	30	R02/05/27	6,034	5,794	240	0	6,034	0	窓口入金
2	1234	*石 京*	R02/04/01～R02/04/30	12	R02/05/27	4,028	4,028	0	0	4,028	0	窓口入金
3		*日部 京*	R02/04/01～R02/04/30	31	R02/05/27	7,238	7,238	0	0	7,238	0	窓口入金
4		*島 京*	R02/04/01～R02/04/30	32	R02/05/27	7,394	7,394	0	0	7,394	0	窓口入金
5		*島 二*	R02/04/01～R02/04/30	33	R02/05/27	5,486	5,486	0	0	5,486	0	窓口入金
6		*蘇 一*	R02/04/01～R02/04/30	34	R02/05/27	5,256	5,256	0	0	5,256	0	窓口入金
7	1021	*原 三*	R02/04/01～R02/04/30	35	R02/05/27	5,594	5,594	0	0	5,594	0	窓口入金
8	1012	*路 三*	R02/04/01～R02/04/30	13	R02/05/27	1,018	1,018	0	0	1,018	0	窓口入金
9	1003	*路 四*	R02/04/01～R02/04/30	14	R02/05/27	1,018	1,018	0	0	1,018	0	窓口入金
10	123456	*山 太*	R02/04/01～R02/04/30	11	R02/05/27	1,018	1,018	0	0	1,018	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	44,084	0	
					合計	-	-	-	-	44,084	0	

利用者別入金一覧表

入金日期间： 令和02年05月01日 ～ 令和02年05月31日

印刷日： 令和02年05月27日

	利用者番号	利用者名	請求期間	請求書番号	入金日	請求金額	保険分金額	その他費用金額	前回までの 入金額累計	入金金額	未収金額	入金区分
1	1234	*石 京*	R02/04/01～R02/04/30	89	R02/05/25	8,028	4,028	4,000	0	8,028	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	8,028	0	
2		*石 サ*	R02/04/01～R02/04/30	90	R02/05/25	3,018	1,018	2,000	0	3,018	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	3,018	0	
3		*世保 花*	R02/04/01～R02/04/30	91	R02/05/25	6,424	1,424	5,000	0	6,424	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	6,424	0	
4		*城 三*	R02/04/01～R02/04/30	92	R02/05/25	3,120	1,120	2,000	0	3,120	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	3,120	0	
5		*屋 京*	R02/04/01～R02/04/30	94	R02/05/25	2,970	970	2,000	0	2,970	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	2,970	0	
6		*屋 二*	R02/04/01～R02/04/30	95	R02/05/25	2,570	570	2,000	0	2,570	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	2,570	0	
7	1012	*路 一*	R02/04/01～R02/04/30	96	R02/05/25	1,018	1,018	0	0	1,018	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	1,018	0	
8	1003	*路 四*	R02/04/01～R02/04/30	127	R02/05/25	3,018	1,018	2,000	0	3,018	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	3,018	0	
9	123456	*山 太*	R02/04/01～R02/04/30	98	R02/05/25	1,018	1,018	0	0	1,018	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	1,018	0	
					合計	-	-	-	-	31,184	0	

介護実施記録

* 賀 三 * 様

男性

昭和14年4月21日生

80 歳

要介護4

施設長	事務長	主任	担当

記録日: 令和2年4月2日(木)

時間	サービス内容	血圧	体温 脈拍	服薬	食事	水分	排泄	実施記録
8:00								10:00 【実績】 [訪問スタッフ]10:00~10:40 * 玉 あや* 理学療法士 [提供時間]10:00~10:40 (0時間40分) [主サービス]訪問リハビリ 1 10:00~10:40 【ケア実施記録】 [サービス準備・記録録等] サービス準備・記録録等
9:00								[リハビリ] リハビリ [介護指導] 介護指導
10:00	リハビリ							12:00 【薬服用歴】 [アムロジン錠5mg] 1錠 支援経過記録 10:00~10:40 * 玉 あや*
11:00								【実施項目】 [サービス準備・記録録等] サービス準備・記録録等 [リハビリ] リハビリ [介護指導] 介護指導
12:00				○				
13:00		126 96	36.6 63					
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								

実施記録	実施記録

ケア実施状況表（ リハビリ ）

対象期間 R2/4/1～R2/4/30

●●●病院

[illegible]

記号説明 リ:リハビリ

ケア内容統計

対象期間： 令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日

印刷日： 令和2年7月14日

サービス準備・記録録等	
サービス準備・記録録等	4
小計	4

リハビリ	
機能回復訓練	9
基本的動作訓練	7
コミュニケーション訓練	7
応用的動作訓練	1
自己訓練練習	4
マッサージ	7
小計	35

介護指導	
介護指導	3
小計	3
総計	42

実施日 R2/4/1～R2/4/30

その他費用明細一覧表

印刷日 R2/5/14

事業所： ●●●病院

その他費用名： 交通費

[illegible][illegible]

実施日 R2/4/1～R2/4/30

その他費用明細一覧表

印刷日 R2/5/14

事業所： ●●●病院

その他費用名: キャンセル料

[illegible][illegible]

温度板

●●●病院

利用者番号 1234

氏名 *石 京*

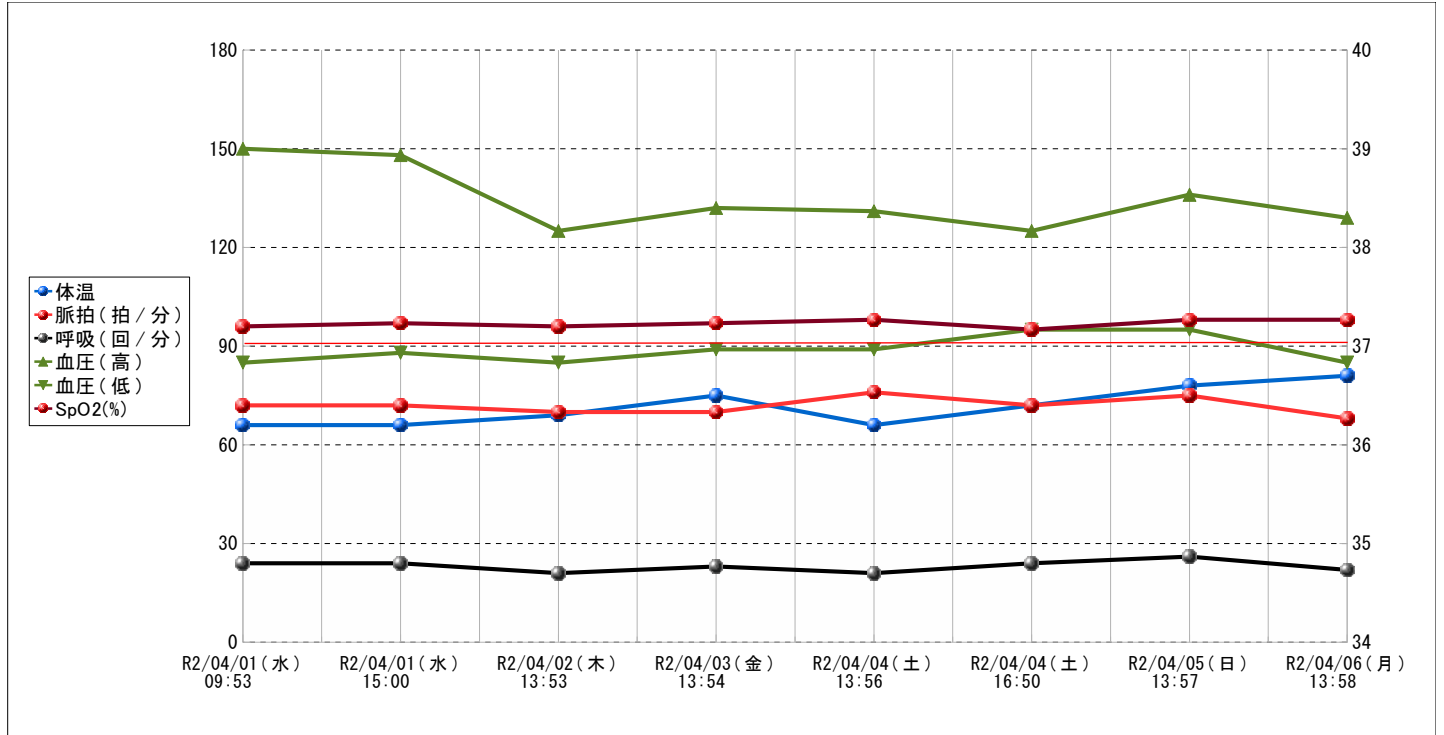
性別 女

生年月日

昭和14年6月16日

年齢

80 歳

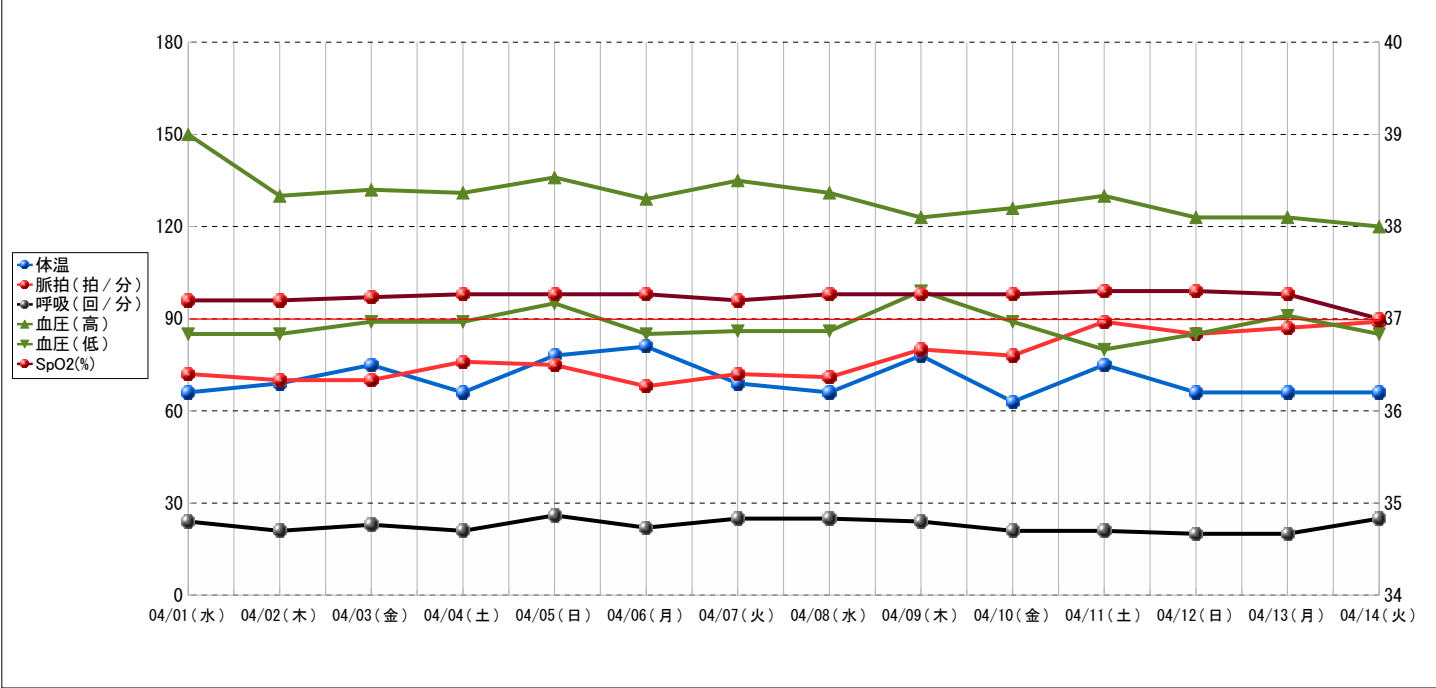


	R2/04/01(水)	R2/04/01(水)	R2/04/02(木)	R2/04/03(金)	R2/04/04(土)	R2/04/04(土)	R2/04/05(日)	R2/04/06(月)
計測時間	09:53	15:00	13:53	13:54	13:56	16:50	13:57	13:58
体温	36.2	36.2	36.3	36.5	36.2	36.4	36.6	36.7
脈拍(拍/分)	72	72	70	70	76	72	75	68
呼吸(回/分)	24	24	21	23	21	24	26	22
血压(mmHg)	150/85	148/88	125/85	132/89	131/89	125/95	136/95	129/85
SpO2(%)	96	97	96	97	98	95	98	98
身長(cm)				145.00				
体重(kg)				51.00				
水分摂取(ml)		2400.0		2400.0		2500.0	2550.0	2500.0
排尿(量)		1000.0		800.0		1000.0	900.0	1500.0
排尿(回数)		5		4		5	4	5
排便(量)		普通		排便なし		普通	普通	多い
排便(回数)		1				1	1	1
排便状態		軟らかめ				軟便	普通便	硬便
食事摂取量		10		10		9	8	9
食事摂取記号	朝食							
	昼食	◎		◎		○	△	○
	夕食							

温度板

●●●病院

利用者番号 1234 氏名 * 石 京 * 性別 女 生年月日 昭和14年6月16日 年齢 80 歳



	04/01 (水)	04/02 (木)	04/03 (金)	04/04 (土)	04/05 (日)	04/06 (月)	04/07 (火)	04/08 (水)	04/09 (木)	04/10 (金)	04/11 (土)	04/12 (日)	04/13 (月)	04/14 (火)
計測時間	9:53	13:53	13:54	13:56	13:57	13:58	14:01	14:01	9:32	9:33	9:33	9:34	9:35	9:36
体温	36.2	36.3	36.5	36.2	36.6	36.7	36.3	36.2	36.6	36.1	36.5	36.2	36.2	36.2
脈拍 (拍/分)	72	70	70	76	75	68	72	71	80	78	89	85	87	89
呼吸 (回/分)	24	21	23	21	26	22	25	25	24	21	21	20	20	25
血压 高 (mmHg)	135	130	132	131	136	129	135	131	123	126	130	123	123	120
SpO2 (%)	96	96	97	98	98	98	96	98	98	98	99	99	98	96
身長 (c m)			145.00											
体重 (k g)			51.00											
水分摂取 (ml)	2500.0	2500.0	2500.0	2500.0	2500.0	2500.0	2500.0	2500.0	2600.0	2600.0	2500.0	2500.0	2500.0	2500.0
排尿 (量)	1500.0	1500.0	1500.0	1500.0	1500.0	1500.0	1500.0	1300.0	1500.0	1800.0	1500.0	1500.0	1500.0	1500.0
排尿 (回数)	6	8	6	7	6	6	7	6	6	6	7	6	7	7
排便 (量)	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	▲少ない	普通	排便なし	普通	普通	普通
排便 (回数)	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
排便状態	軟便	硬便	軟便	軟便	軟便	軟便	軟便	軟便	硬便	普通便	普通便	普通便	普通便	普通便
食事摂取量	10	10	9	9	10	8	9	10	8	10	8	10	10	9
食事摂取記号	◎	◎	○	○	◎	○	○	◎	○	◎	○	◎	◎	○

温度板

●●●病院

利用者番号

1234

氏名

＊石 京＊

性別

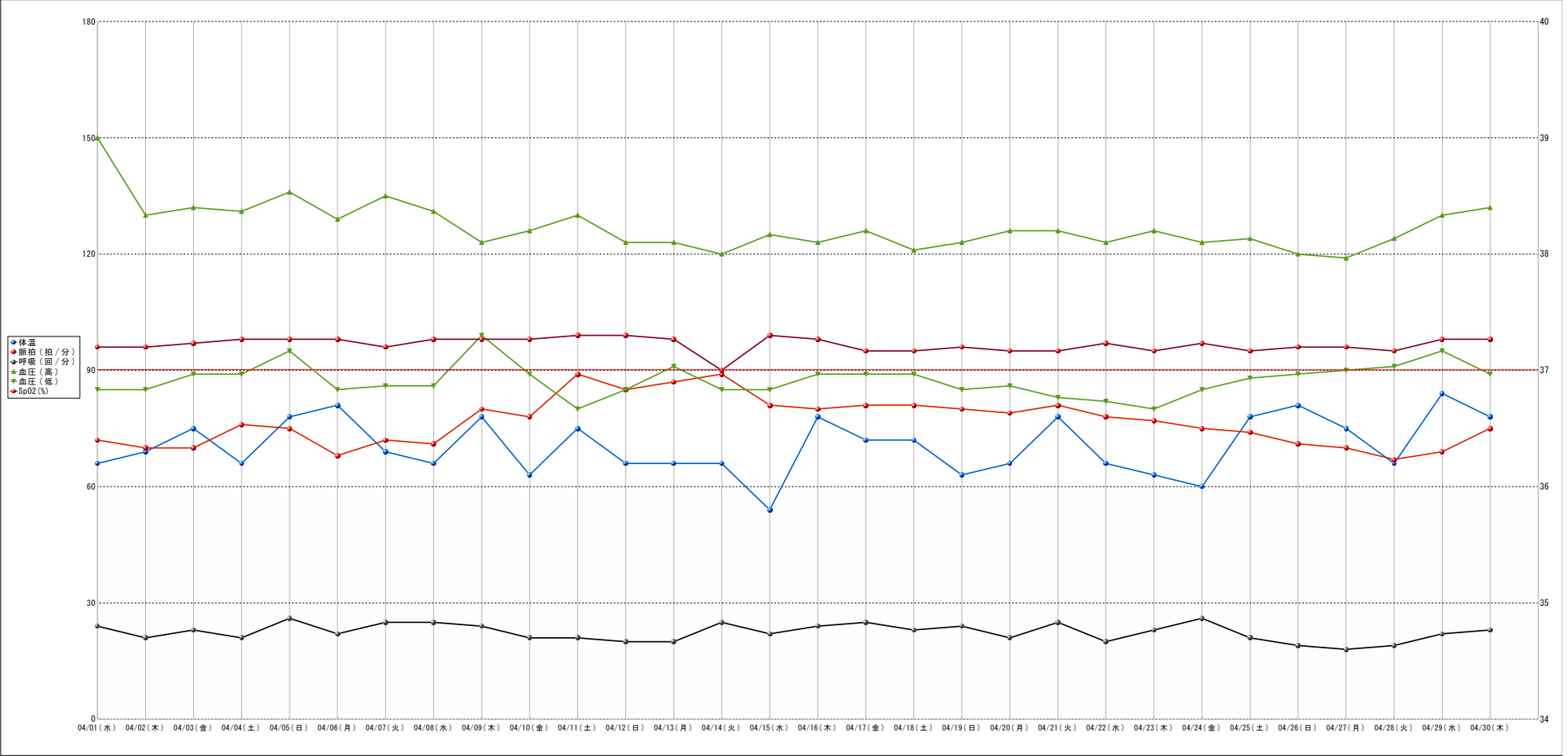
女

生年月日

昭和14年6月16日

年齢

80 歳



	04/01(水)	04/02(木)	04/03(金)	04/04(土)	04/05(日)	04/06(月)	04/07(火)	04/08(水)	04/09(木)	04/10(金)	04/11(土)	04/12(日)	04/13(月)	04/14(火)	04/15(水)	04/16(木)	04/17(金)	04/18(土)	04/19(日)	04/20(月)	04/21(火)	04/22(水)	04/23(木)	04/24(金)	04/25(土)	04/26(日)	04/27(月)	04/28(火)	04/29(水)	04/30(木)	
計測時間	13:49	13:53	13:54	13:56	13:57	13:58	14:01	14:01	9:32	9:33	9:33	9:34	9:35	9:36	9:37	9:38	9:39	9:40	9:40	9:41	9:42	9:42	9:43	9:44	9:45	9:46	9:47	9:48	9:48	9:49	
体温	36.2	36.3	36.5	36.2	36.6	36.7	36.3	36.2	36.6	36.1	36.5	36.2	36.2	36.2	35.8	36.6	36.4	36.4	36.1	36.2	36.6	36.2	36.1	36.0	36.6	36.7	36.5	36.2	36.8	36.6	
脈拍 (拍/分)	72	70	70	76	75	68	72	71	80	78	89	85	87	89	81	80	81	81	80	79	81	78	77	75	74	71	70	67	69	75	
呼吸 (回/分)	24	21	23	21	26	22	25	25	24	21	21	20	20	25	22	24	25	23	24	21	25	20	23	26	21	19	18	19	22	23	
血圧 (mmHg)	150 / 85	130 / 85	132 / 89	131 / 89	136 / 95	129 / 85	135 / 86	131 / 86	123 / 99	126 / 89	130 / 80	123 / 85	123 / 91	120 / 85	125 / 85	123 / 89	126 / 89	121 / 89	123 / 85	126 / 86	126 / 83	123 / 82	126 / 80	123 / 85	124 / 88	120 / 89	119 / 90	124 / 91	130 / 95	132 / 89	/
SpO2 (%)	96	96	97	98	98	98	96	98	98	98	99	99	98	90	99	98	95	95	96	95	95	97	95	97	95	96	96	95	98	98	
身長 (cm)			165														165.1														
体重 (kg)			55														54.5														
水分摂取 (ml)	2300	2400	2400	2400	2400	2300	2400	2400	2300	2400	2400	2300	2400	2400	2300	2400	2300	2400	2300	2400	2400	2400	2400	2400	2400	2400	2400	2400	2400	2400	
排尿 (量)	1500	1300	1500	1300	1500	1500	1300	1500	1300	1500	1500	1300	1500	1500	1300	1500	1500	1300	1500	1300	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500
排尿 (回数)	7	6	7	8	7	6	7	7	8	6	7	7	8	6	7	8	6	7	8	6	7	7	8	7	7	7	8	7	7	7	
排便 (量)	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通
排便 (回数)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	
排便状態	軟便	硬便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	軟便	軟便	軟便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	軟便
食事摂取量	10	10	10	9	10	10	8	9	8	8	9	8	8	9	9	8	9	9	9	9	8	8	8	9	10	10	10	10	10	10	
朝食																															
食事摂取記号	◎	◎	◎	○	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	○	◎	◎	◎	
夕食																															

月別医療費控除一覧

* 賀 三 * 様 住所 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

医療費控除対象金額 273,574 円

ご 利 用 年 月	請 求 金 額	医療費控除対象金額
令和2年1月	55,940 円	55,940 円
令和2年2月	49,980 円	49,980 円
令和2年3月	55,940 円	55,940 円
令和2年4月	14,534 円	5,794 円
令和2年5月	49,980 円	49,980 円
令和2年6月	55,940 円	55,940 円
令和2年7月	0 円	0 円
令和2年8月	0 円	0 円
令和2年9月	0 円	0 円
令和2年10月	0 円	0 円
令和2年11月	0 円	0 円
令和2年12月	0 円	0 円
合 計	282,314 円	273,574 円

上記、“医療費控除対象金額”欄に記載されている金額は、当施設にて対象費用としてご利用されたものである事を証明いたします。

令和2年7月14日

利用者氏名： * 賀 三 *

測定日： 令和3年4月1日

生年月日： 昭和14年4月21日 男 81 歳

測定者： * 玉 あや *

要介護度： 要介護 4

バーセルインデックス（Barthel Index：機能的評価）

	点数	質問内容	得点
1 食事	10 5 0	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える 部分介助（たとえば、おかずを切って細かくしてもらう） 全介助	10
2 椅子と ベッド間の 移乗	15 10 5 0	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む（非行自立も含む） 軽度の部分介助または監視を要する 座ることは可能であるがほぼ全介助 全介助または不可能	15
3 整容	5 0 0	自立（洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り） 部分介助 全介助	5
4 トイレ動作	10 5 0	自立（衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む） 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する 全介助または不可能	5
5 入浴	5 0 0	自立 部分介助 全介助	0
6 平地歩行	15 10 5 0	45M 以上の歩行、補装具（車椅子、歩行器は除く）の使用の有無は問わず 45M 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む 歩行不能の場合、車椅子にて45M 以上の操作可能 上記以外	10
7 階段昇降	10 5 0	自立、手すりなどの使用の有無は問わない 介助または監視を要する 不能	5
8 更衣	10 5 0	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える 上記以外	10
9 排便 コントロール	10 5 0	失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能 ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む 上記以外	5
10 排尿 コントロール	10 5 0	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能 ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む 上記以外	10

合計得点 （ 75 / 100点）

統計資料

年齢別利用者数

サービス：訪問リハ
対象年月：令和2年4月
出力対象：サービス予定実績

年 区	年齢 分	事業 対象者	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	左記以外	合計
～ 59	男										
	女										
	計										
60 ～ 64	男										
	女										
	計										
65 ～ 69	男										
	女										
	計										
70 ～ 74	男										
	女										
	計										
75 ～ 79	男										
	女										
	計										
80 ～ 84	男		18(1)					18(1)	36(2)		72(4)
	女					24(1)		42(2)			66(3)
	計		18(1)			24(1)		60(3)	36(2)		138(7)
85 ～ 89	男										
	女										
	計										
90 ～ 94	男										
	女										
	計										
95 ～ 99	男										
	女										
	計										
100 ～	男										
	女										
	計										
合 計	男		18(1)					18(1)	36(2)		72(4)
	女					24(1)		42(2)			66(3)
	計		18(1)			24(1)		60(3)	36(2)		138(7)

平均介護度： 3.48 男性： 3.59 女性： 3.33

平均年齢： 80.1 男性： 80.0 女性： 80.3

- 年齢は対象月の月初日の年齢（5歳刻み）で分類されています。
- 介護度は対象月内の（最も新しい）介護保険の介護度により振り分けられています。
- 平均介護度は要支援以下を0.375として計算しています。
- 各欄は下記の編集方法となります。
XXXX (XXX) ・ ・ ・ ・ 前半の数字は延回数。 () 内の数字は実人数を表示しています。

利用終了者状況別流れ図表

利用前の場所（どこから）

印刷日：令和2年5月9日
令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日
利用終了後の場所（どこへ）

総計	1 人 (100.0)%
----	-------------------

⇒

総計	1 人	100.0 %
家庭	0 人	0.0 %
療養型老健	0 人	0.0 %
協力医療機関	0 人	0.0 %
その他医療機関	0 人	0.0 %
死亡	0 人	0.0 %
併設医療機関	0 人	0.0 %
特養	1 人	100.0 %
グループホーム	0 人	0.0 %
その他	0 人	0.0 %

家庭	1 人 (100.0)%
----	-------------------

⇒

総計	1 人	100.0 %
家庭	0 人	0.0 %
療養型老健	0 人	0.0 %
協力医療機関	0 人	0.0 %
その他医療機関	0 人	0.0 %
死亡	0 人	0.0 %
併設医療機関	0 人	0.0 %
特養	1 人	100.0 %
グループホーム	0 人	0.0 %
その他	0 人	0.0 %

その他医療機関	0 人 (0.0)%
---------	-----------------

⇒

総計	0 人	0.0 %
家庭	0 人	0.0 %
療養型老健	0 人	0.0 %
協力医療機関	0 人	0.0 %
その他医療機関	0 人	0.0 %
死亡	0 人	0.0 %
併設医療機関	0 人	0.0 %
特養	0 人	0.0 %
グループホーム	0 人	0.0 %
その他	0 人	0.0 %

その他	0 人 (0.0)%
-----	-----------------

⇒

総計	0 人	0.0 %
家庭	0 人	0.0 %
療養型老健	0 人	0.0 %
協力医療機関	0 人	0.0 %
その他医療機関	0 人	0.0 %
死亡	0 人	0.0 %
併設医療機関	0 人	0.0 %
特養	0 人	0.0 %
グループホーム	0 人	0.0 %
その他	0 人	0.0 %

介護医療院	0 人 (0.0)%
-------	-----------------

⇒

総計	0 人	0.0 %
家庭	0 人	0.0 %
療養型老健	0 人	0.0 %
協力医療機関	0 人	0.0 %
その他医療機関	0 人	0.0 %
死亡	0 人	0.0 %
併設医療機関	0 人	0.0 %
特養	0 人	0.0 %
グループホーム	0 人	0.0 %
その他	0 人	0.0 %

併設医療機関	0 人 (0.0)%
--------	-----------------

⇒

総計	0 人	0.0 %
家庭	0 人	0.0 %

※割合(人数÷総数)は小数点第2位以下を四捨五入しているため、総数と各項目の総和が違うことがあります。

利用終了者状況別流れ図表

利用前の場所（どこから）

印刷日：令和2年5月9日
令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日
利用終了後の場所（どこへ）

特養	0人 (0.0)%
----	--------------

⇒

療養型老健	0人	0.0%
協力医療機関	0人	0.0%
その他医療機関	0人	0.0%
死亡	0人	0.0%
併設医療機関	0人	0.0%
特養	0人	0.0%
グループホーム	0人	0.0%
その他	0人	0.0%

療養型	0人 (0.0)%
-----	--------------

⇒

総計	0人	0.0%
家庭	0人	0.0%
療養型老健	0人	0.0%
協力医療機関	0人	0.0%
その他医療機関	0人	0.0%
死亡	0人	0.0%
併設医療機関	0人	0.0%
特養	0人	0.0%
グループホーム	0人	0.0%
その他	0人	0.0%

有料老人ホーム	0人 (0.0)%
---------	--------------

⇒

総計	0人	0.0%
家庭	0人	0.0%
療養型老健	0人	0.0%
協力医療機関	0人	0.0%
その他医療機関	0人	0.0%
死亡	0人	0.0%
併設医療機関	0人	0.0%
特養	0人	0.0%
グループホーム	0人	0.0%
その他	0人	0.0%

協力医療機関	0人 (0.0)%
--------	--------------

⇒

総計	0人	0.0%
家庭	0人	0.0%
療養型老健	0人	0.0%
協力医療機関	0人	0.0%
その他医療機関	0人	0.0%
死亡	0人	0.0%
併設医療機関	0人	0.0%
特養	0人	0.0%
グループホーム	0人	0.0%
その他	0人	0.0%

月間利用集計表

対象年月： 令和2年4月 出力対象： サービス予定実績

(1)人数

利用者	7人	内	男 性	4人	延利用者数	65人
		訳	女 性	3人		
				実施日数	26日	

(2)年齢階層

区 分	～ 59	60 ～ 64	65 ～ 69	70 ～ 74	75 ～ 79	80 ～ 84	85 ～ 89	90 ～ 94	95 ～ 99	100 ～	計
男 性	0人	0人	0人	0人	0人	4人	0人	0人	0人	0人	4人
女 性	0人	0人	0人	0人	0人	3人	0人	0人	0人	0人	3人
計	0人	0人	0人	0人	0人	7人	0人	0人	0人	0人	7人

(3)利用回数

区 分	週 1回	週 2回	週 3回	週 4回～	計
男 性	0人	4人	0人	0人	4人
女 性	0人	2人	1人	0人	3人
計	0人	6人	1人	0人	7人

(4)継続期間

区 分	～ 1月	1月～ 3月	3月～ 6月	6月～ 1年	1年～ 2年	2年～ 3年	3年～ 4年	4年～ 5年	5年～	不明 (利用登録なし)	計
男 性	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	2人	2人	0人	4人
女 性	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	2人	1人	0人	3人
計	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	4人	3人	0人	7人

(5)要介護度・認知症の状況

要介護度	男 性	女 性	計	認知症の状況	男 性	女 性	計
事業対象者	0人	0人	0人	自 立	0人	0人	0人
要支援1	1人	0人	1人	ランク I	0人	0人	0人
要支援2	0人	0人	0人	〃 II a	0人	0人	0人
要介護1	0人	0人	0人	〃 II b	0人	0人	0人
要介護2	0人	1人	1人	〃 III a	0人	0人	0人
要介護3	0人	0人	0人	〃 III b	0人	0人	0人
要介護4	1人	2人	3人	〃 IV	0人	0人	0人
要介護5	2人	0人	2人	〃 M	0人	0人	0人
上記以外	0人	0人	0人	上記以外	0人	0人	0人
未登録	0人	0人	0人	未登録	4人	3人	7人
計	4人	3人	7人	計	4人	3人	7人

レセプト統計関係

様式第一

介護給付費請求書

令和	0	2	年	0	4	月分
----	---	---	---	---	---	----

保 險 者

(別記) 殿

下記のとおり請求します。 令和 2 年 5 月 10 日

事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	9	8	8
請求事業所	名称		●●●病院							
	所在地		〒 8 9 1 - 0 1 1 5							
	連絡先		099-XXX-XXXX							

保険請求

区分	サービス費用						特定入所者介護サービス費等				
	件数	単位数・点数	費用合計	保険請求額	公費請求額	利用者負担	件数	費用合計	利用者負担	公費請求額	保険請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等	10	110,077	1,100,770	990,693		110,077					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	10	110,077	1,100,770	990,693		110,077					

公費請求

区分	サービス費用				特定入所者介護サービス費等		
	件数	単位数・点数	費用合計	公費請求額	件数	費用合計	公費請求額
12 生保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等							
生保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
10 感染症 37条の2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
54 難病法							
51 特定疾患等 治療研究							
81 被爆者助成							
86 被爆体験者							
87 有機ヒ素・ 緊急措置							
88 水俣病総合対 策メチル水銀							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置 (全額免除)							
25 中国残留邦人等							
合計							

様式第一

介護給付費請求書

令和	0	2	年	0	4	月分
----	---	---	---	---	---	----

保 險 者 (462010)

鹿児島市 殿

下記のとおり請求します。 令和 2 年 5 月 10 日

事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	9	8	8
請求 事業所	名称	●●●病院								
	所在地	〒 8 9 1 - 0 1 1 5								
		鹿児島市東開町X X X番地								
	連絡先	099-XXX-XXXX								

保険請求

区分	サービス費用						特定入所者介護サービス費等				
	件数	単位数 ・点数	費用合計	保険 請求額	公費 請求額	利用者 負担	件数	費用合計	利用者 負担	公費 請求額	保険 請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等	9	70,764	707,640	636,876		70,764					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	9	70,764	707,640	636,876		70,764					

公費請求

区分	サービス費用				特定入所者介護サービス費等		
	件数	単位数 ・点数	費用合計	公費 請求額	件数	費用合計	公費 請求額
12 生保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等							
生保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
10 感染症 37条の2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
54 難病法							
51 特定疾患等 治療研究							
81 被爆者助成							
86 被爆体験者							
87 有機ヒ素・ 緊急措置							
88 水俣病総合対 策メチル水銀							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置 (全額免除)							
25 中国残留邦人等							
合計							

様式第一

介護給付費請求書

			年		月分
--	--	--	---	--	----

令和2年5月請求分合計

保 險 者 (462010)

鹿児島市 殿

下記のとおり請求します。 令和 2 年 5 月 10 日

事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	9	8	8
請求事業所	名称	●●●病院								
	所在地	〒 8 9 1 - 0 1 1 5								
		鹿児島市東開町X X X番地								
	連絡先	099-XXX-XXXX								

保険請求

区分	サービス費用						特定入所者介護サービス費等				
	件数	単位数 ・点数	費用合計	保険 請求額	公費 請求額	利用者 負担	件数	費用合計	利用者 負担	公費 請求額	保険 請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等	9	70,764	707,640	636,876		70,764					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	9	70,764	707,640	636,876		70,764					

公費請求

区分	サービス費用				特定入所者介護サービス費等		
	件数	単位数 ・点数	費用合計	公費 請求額	件数	費用合計	公費 請求額
12 生保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等							
生保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
10 感染症 37条の2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
54 難病法							
51 特定疾患等 治療研究							
81 被爆者助成							
86 被爆体験者							
87 有機ヒ素・ 緊急措置							
88 水俣病総合対 策メチル水銀							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置 (全額免除)							
25 中国残留邦人等							
合計							

サービス提供年月：令和2年4月分

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・小規模多機能型居宅介護(短期利用)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用))

公費負担者番号										令和 0 2 年 0 4 月 分																					
公費受給者番号										保険者番号 4 6 2 0 1 0																					
被保険者	被保険者番号	4	6	3	4	3	4	3	3	3	3	請求事業者	事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	9	8	8								
	(フリガナ)	*カ サブ*											●●●病院																		
	氏名	*賀 三*																													
	生年月日	1. 明治 2. 大正 ③. 昭和 性別 ①. 男 2. 女											〒 8 9 1 - 0 1 1 5 鹿児島市東開町 X X X 番地																		
	要介護状態区分	要介護1・2・3・④・5																													
認定有効期間	令和 0 1 年 1 0 月 0 1 日 から										連絡先 電話番号 099-XXX-XXXX																				
	令和 2 0 年 1 2 月 3 1 日 まで																														
居宅サービス計画		① 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																													
		事業所番号		4	6	9	9	9	9	9	9	9	7	事業所名称		ケアセンター み●●															
開始年月日						年				月				日		中止年月日						年				月				日	
中止理由		1. 非該当 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所																													
給付費明細欄	サービス内容		サービスコード			単位数		回数		サービス単位数			公費分回数		公費対象単位数			摘要													
	訪問リハビリ1		1	4	2	1	1	1	2	9	2	1	8			5	2	5	6												
	訪問リハ短期集中リハ加算		1	4	5	0	0	3	2	0	0	1				2	0	0	20160720												
	訪問リハマネジメント加算Ⅰ		1	4	5	0	0	4	2	3	0	1				2	3	0													
	訪問リハサービス提供体制加算		1	4	6	1	0	1				6	1	8			1	0	8												
給付費明細欄 (住所等特例対象者)	サービス内容		サービスコード			単位数		回数		サービス単位数			公費分回数		公費対象単位数			施設所在 保険者番号		摘要											
請求額集計欄	①サービス種類コード /②名称		1	4	訪問リハビリ																										
	③サービス実日数		9		日				日				日				日														
	④計画単位数				5	6	8	6																							
	⑤限度額管理対象単位数				5	6	8	6																							
	⑥限度額管理対象外単位数						1	0	8											給付率 (/100)											
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥				5	7	9	4													保険			9	0						
	⑧公費分単位数																				公費										
	⑨単位数単価		1	0	0	0	円/単位	▲		円/単位		▲		円/単位		▲		円/単位		合計											
	⑩保険請求額			5	2	1	4	6	▲				▲								5		2	1	4	6					
	⑪利用者負担額				5	7	9	4															5	7	9	4					
	⑫公費請求額																														
	⑬公費分本人負担																														
	社会福祉法人等による軽減欄	軽減率					▲	%	受領すべき利用者負担の総額(円)				軽減額(円)				軽減後利用者負担額(円)				備考										
枚中 枚目																															

サービス提供証明書

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・小規模多機能型居宅介護(短期利用)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用))

公費負担者番号										令和 0 2 年 0 4 月 分																					
公費受給者番号										保険者番号 4 6 2 0 1 0																					
被保険者	被保険者番号	4	6	3	4	3	4	3	3	3	3	請求事業者	事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	9	8	8								
	(フリガナ)	*カ サブ*											●●●病院																		
	氏名	*賀 三*																													
	生年月日	1. 明治 2. 大正 ③. 昭和 性別 ①. 男 2. 女											〒 8 9 1 - 0 1 1 5 鹿児島市東開町 X X X 番地																		
	要介護状態区分	要介護1・2・3・④・5																													
認定有効期間	令和 0 1 年 1 0 月 0 1 日 から										連絡先 電話番号 099-XXX-XXXX																				
	令和 2 0 年 1 2 月 3 1 日 まで																														
居宅サービス計画		① 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																													
		事業所番号		4	6	9	9	9	9	9	9	9	7	事業所名称		ケアセンター み●●															
開始年月日						年				月				日		中止年月日						年				月				日	
中止理由		1. 非該当 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所																													
給付費明細欄	サービス内容		サービスコード				単位数		回数		サービス単位数				公費分回数		公費対象単位数				摘要										
	訪問リハビリ1		1	4	2	1	1	1	2	9	2	1	8			5	2	5	6												
	訪問リハ短期集中リハ加算		1	4	5	0	0	3	2	0	0	1					2	0	0											20160720	
	訪問リハマネジメント加算Ⅰ		1	4	5	0	0	4	2	3	0	1					2	3	0												
	訪問リハサービス提供体制加算		1	4	6	1	0	1				6	1	8					1	0	8										
給付費明細欄 (住所等特例対象者)	サービス内容		サービスコード				単位数		回数		サービス単位数				公費分回数		公費対象単位数				施設所在 保険者番号		摘要								
請求額集計欄	①サービス種類コード / ②名称		1	4	訪問リハビリ																										
	③サービス実日数			9	日																										
	④計画単位数																														
	⑤限度額管理対象単位数					5	6	8	6																						
	⑥限度額管理対象外単位数						1	0	8																						
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥					5	7	9	4																						
	⑧公費分単位数																														
	⑨単位数単価		1	0	0	0	円/単位																								
	⑩保険請求額																														
	⑪利用者負担額					5	7	9	4																						
	⑫公費請求額																														
	⑬公費分本人負担																														
	社会福祉法人等による軽減欄	軽減率							%	受領すべき利用者負担の総額(円)				軽減額(円)				軽減後利用者負担額(円)				備考									
																										枚中		枚目			

レセプト一覧

請求年月：令和2年5月 ●●●●病院

印刷日：令和2年12月14日

利用者：＊賀 三＊（男）（1011）提供年月：令和2年4月

被保険者番号（給付率）： 462010 - 4634343333 （ 90 %）要介護 4 支援事業所： 4699999997

公費負担者〔受給者〕番号（給付率）： 1： []（ %） 2： []（ %）

緊急施設療養点数合計： 特別療養費単位数合計：

特定入所合計： 特定入所保険分： 軽減額： 軽減後利用者負担額：

明細	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス 単位数	公費 1 対象		公費 2 対象		摘 要
						回数 日数	単位数	回数 日数	単位数	
	訪問リハビリ 1	142111	292	18	5,256					
	訪問リハ短期集中リハ加算	145003	200	1	200					20160720
	訪問リハマネジメント加算 I	145004	230	1	230					
	訪問リハサービス提供体制加算	146101	6	18	108					

集計	サービス種類	サービス実日数	計画単位数	限度額管理対象単位数	限度額管理対象外単位数
	給付単位数	公費 1 分単位数	公費 2 分単位数	単位数単価	保険請求額
	利用者負担額	公費 1 請求額	公費 2 請求額	公費 1 分本人負担	公費 2 分本人負担
	訪問リハビリ	9	5,686	5,686	108
	5,794	0	0	10.00	52,146
	5,794	0	0	0	0
	合計情報				52,146
	5,794	0	0	0	0

介護度別サービスコード別請求額一覧

提供年月： R02/04 ～ R02/04

作成日： R02/05/07

サービス種類	介護度	サービスコード	サービス内容名称	合成単位	延回数(日数)	合計単位	合計金額	人数
訪問リハビリテーション	要介護 2	142111	訪問リハビリ 1	292	24	7,008	70,080	1
訪問リハビリテーション	要介護 2	145004	訪問リハマネジメント加算 I		1	230	2,300	1
訪問リハビリテーション	要介護 4	142111	訪問リハビリ 1	292	60	17,520	175,200	3
訪問リハビリテーション	要介護 4	145003	訪問リハ短期集中リハ加算		10	2,000	20,000	2
訪問リハビリテーション	要介護 4	145004	訪問リハマネジメント加算 I		3	690	6,900	3
訪問リハビリテーション	要介護 4	146101	訪問リハサービス提供体制加算		36	216	2,160	2
訪問リハビリテーション	要介護 5	142111	訪問リハビリ 1	292	36	10,512	105,120	2
訪問リハビリテーション	要介護 5	145004	訪問リハマネジメント加算 I		1	230	2,300	1
小計		14****	訪問リハビリテーション	-	-	38,406	384,060	15
短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	要介護 5	232701	病院療短サービス提供体制加算 I 2		15	180	1,800	1
短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	要介護 5	232709	病院療短処遇改善加算 I		1	537	5,370	1
短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	要介護 5	232714	病院療養短期認知症専門ケア加算 I		15	45	450	1
短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	要介護 5	23A085	病院療養短期 I v 5	1361	15	20,415	204,150	1
小計		23****	短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	-	-	21,177	211,770	4
介護予防短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	要支援 2	261391	予病院療養短期 I v 2	769	28	21,532	215,320	1
介護予防短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	要支援 2	262701	予病院療短サービス提供体制加算 I 2		14	168	1,680	1
介護予防短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	要支援 2	262709	予病院療短処遇改善加算 I		1	275	2,750	1
小計		26****	介護予防短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	-	-	21,975	219,750	3
介護療養医療施設	要介護 4	532705	療養型サービス提供体制加算 I 1		30	540	5,400	1
介護療養医療施設	要介護 4	532707	療養型口腔衛生管理体制加算		1	30	300	1
介護療養医療施設	要介護 4	532714	療養型処遇改善加算 II		1	733	7,330	1
介護療養医療施設	要介護 4	532773	療養型栄養マネジメント加算		30	420	4,200	1
介護療養医療施設	要介護 4	532774	療養型経口移行加算		30	840	8,400	1
介護療養医療施設	要介護 4	53A079	療養型 I v 4	1225	30	36,750	367,500	1
小計		53****	介護療養医療施設	-	-	39,313	393,130	6
介護予防訪問リハビリテーション	要支援 1	642111	予防訪問リハ 1	292	18	5,256	52,560	1
介護予防訪問リハビリテーション	要支援 1	645615	予防訪問リハマネジメント加算		1	230	2,300	1
介護予防訪問リハビリテーション	要支援 1	646101	予防訪問リハサービス提供体制加算		18	108	1,080	1
小計		64****	介護予防訪問リハビリテーション	-	-	5,594	55,940	3
合計		-	-	-	-	126,465	1,264,650	31

サービスコード別請求額一覧

提供年月： R02/04 ～ R02/04

作成日： R02/05/01

サービス種類	サービスコード	サービス内容名称	合成単位	延回数(日数)	合計単位	合計金額	人数
訪問リハビリテーション	142111	訪問リハビリ 1	292	120	35,040	350,400	6
訪問リハビリテーション	145003	訪問リハ短期集中リハ加算		10	2,000	20,000	2
訪問リハビリテーション	145004	訪問リハマネジメント加算 I		5	1,150	11,500	5
訪問リハビリテーション	146101	訪問リハサービス提供体制加算		36	216	2,160	2
小計	14****	訪問リハビリテーション	-	-	38,406	384,060	15
短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	232701	病院療短サービス提供体制加算 I 2		15	180	1,800	1
短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	232709	病院療短処遇改善加算 I		1	537	5,370	1
短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	232714	病院療養短期認知症専門ケア加算 I		15	45	450	1
短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	23A085	病院療養短期 I v 5	1361	15	20,415	204,150	1
小計	23****	短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	-	-	21,177	211,770	4
介護予防短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	261391	予病院療養短期 I v 2	769	28	21,532	215,320	1
介護予防短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	262701	予病院療短サービス提供体制加算 I 2		14	168	1,680	1
介護予防短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	262709	予病院療短処遇改善加算 I		1	275	2,750	1
小計	26****	介護予防短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	-	-	21,975	219,750	3
介護療養医療施設	532705	療養型サービス提供体制加算 I 1		30	540	5,400	1
介護療養医療施設	532707	療養型口腔衛生管理体制加算		1	30	300	1
介護療養医療施設	532714	療養型処遇改善加算 II		1	733	7,330	1
介護療養医療施設	532773	療養型栄養マネジメント加算		30	420	4,200	1
介護療養医療施設	532774	療養型経口移行加算		30	840	8,400	1
介護療養医療施設	53A079	療養型 I v 4	1225	30	36,750	367,500	1
小計	53****	介護療養医療施設	-	-	39,313	393,130	6
介護予防訪問リハビリテーション	642111	予防訪問リハ 1	292	18	5,256	52,560	1
介護予防訪問リハビリテーション	645615	予防訪問リハマネジメント加算		1	230	2,300	1
介護予防訪問リハビリテーション	646101	予防訪問リハサービス提供体制加算		18	108	1,080	1
小計	64****	介護予防訪問リハビリテーション	-	-	5,594	55,940	3
合計	-	-	-	-	126,465	1,264,650	31

稼動額集計表

提供年月：令和2年4月 (全請求分) ●●●病院 印刷日：R2/5/14

要介護 2				保険請求		特定介護サービス費		特定治療請求		利用料請求分				合計	医療保険
被保険者番号	氏名	提供年月	種類	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
4600000306	* 日部 京 *	R2/4	14	65,142	0	0	0	0	0	7,238	0	6,800	0	79,180	
	合計	(件数計)	1	65,142	0	0	0	0	0	7,238	0	6,800	0	79,180	
要介護 4				保険請求		特定介護サービス費		特定治療請求		利用料請求分				合計	医療保険
被保険者番号	氏名	提供年月	種類	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
4600000717	* 岡 良 *	R2/4	14	65,142	0	0	0	0	0	7,238	0	9,780	0	82,160	
4634343333	* 賀 三 *	R2/4	14	52,146	0	0	0	0	0	5,794	0	8,740	0	66,680	
4633333322	* 島 京 *	R2/4	14	66,546	0	0	0	0	0	7,394	0	7,650	0	81,590	
	合計	(件数計)	3	183,834	0	0	0	0	0	20,426	0	26,170	0	230,430	
要介護 5				保険請求		特定介護サービス費		特定治療請求		利用料請求分				合計	医療保険
被保険者番号	氏名	提供年月	種類	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
4600000830	* 島 二 *	R2/4	14	49,374	0	0	0	0	0	5,486	0	7,650	0	62,510	
0000012345	* 蘇 一 *	R2/4	14	0	0	0	0	0	0	5,256	0	0	0	5,256	
	合計	(件数計)	2	49,374	0	0	0	0	0	10,742	0	7,650	0	67,766	
総 合 計				保険請求		特定介護サービス費		特定治療請求		利用料請求分				合計	
		提供年月	件数	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	合 計	R2/4	6	298,350	0	0	0	0	0	38,406	0	40,620	0	377,376	
	総 合 計		6	298,350	0	0	0	0	0	38,406	0	40,620	0	377,376	

介護給付費請求額一覧

請求年月：令和02年05月

●●●●病院

印刷日：R02/05/14

サービス種類		サービス費用				特定入所者介護サービス費等					
		件数	単位合計	保険請求額	公費請求額	利用者負担額	件数	費用合計	利用者負担	公費請求額	保険請求額
14	訪問リハビリテーション	6	33,150	298,350	0	33,150	0	0	0	0	0
23	短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	1	21,177	190,593	0	21,177	0	0	0	0	0
26	介護予防短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	1	10,843	97,587	0	10,843	0	0	0	0	0
53	介護療養医療施設	1	39,313	353,817	0	39,313	0	0	0	0	0
64	介護予防訪問リハビリテーション	1	5,594	50,346	0	5,594	0	0	0	0	0
事業所計		10	110,077	990,693	0	110,077	0	0	0	0	0
全体計		10	110,077	990,693	0	110,077	0	0	0	0	0

保険者別請求額一覧

請求年月 R02/05

指定サービス種類コード : 14

区分	件数	日数	費用額	保険負担額	公費負担額	本人負担額
462010	鹿児島市					
居宅系	6	56	331,500	298,350	0	33,150
計	6	56	331,500	298,350	0	33,150
合計						
居宅系	6	56	331,500	298,350	0	33,150
計	6	56	331,500	298,350	0	33,150

サービス集計一覧

請求年月： 令和02年05月 ～ 令和02年05月

サービス種類名：訪問リハビリテーション

印刷日： R02/05/14

氏名 利用者番号 被保険者番号 低所得者区分	訪問リハⅠ 訪問リハⅡ 訪問リハⅢ 同一建物減算	特別地域加算 小規模事業所加算 中山間地域等提供加算 短期集中リハ加算	マネジメント加算Ⅰ マネジメント加算Ⅱ マネジメント加算Ⅲ マネジメント加算Ⅳ	計画診療未実施減算 社会参加支援加算 サービス提供体制加算	【保険単位数】	種別	保険請求額	保険利用者負担額	公費請求額	公費本人負担額
要介護 2										
* 日部 京 *	7,008	0	230	0		保険	65,142	7,238	0	0
4600000306	0	0	0	0		食費	0	0	0	0
	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	0	0		7,238	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 2 小計	7,008	0	230	0		保険	65,142	7,238	0	0
(1 人)	0	0	0	0		食費	0	0	0	0
	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	0	0		7,238	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 4										
* 岡 良 *	7,008	0	230	0		保険	65,142	7,238	0	0
4600000717	0	0	0	0		食費	0	0	0	0
	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	0	0		7,238	特定治療・療養	0	0	0	0
* 賀 三 *	5,256	0	230	0		保険	52,146	5,794	0	0
1011	0	0	0	0		食費	0	0	0	0
4634343333	0	0	0	108		居住費	0	0	0	0
	0	200	0		5,794	特定治療・療養	0	0	0	0
* 島 京 *	5,256	0	230	0		保険	66,546	7,394	0	0
4633333322	0	0	0	0		食費	0	0	0	0
	0	0	0	108		居住費	0	0	0	0
	0	1,800	0		7,394	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 4 小計	17,520	0	690	0		保険	183,834	20,426	0	0
(3 人)	0	0	0	0		食費	0	0	0	0
	0	0	0	216		居住費	0	0	0	0
	0	2,000	0		20,426	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 5										
* 島 二 *	5,256	0	230	0		保険	49,374	5,486	0	0
4600000830	0	0	0	0		食費	0	0	0	0
	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	0	0		5,486	特定治療・療養	0	0	0	0

サービス集計一覧

請求年月： 令和02年05月 ～ 令和02年05月

サービス種類名： 訪問リハビリテーション

印刷日： R02/05/14

氏名 利用者番号 被保険者番号 低所得者区分	訪問リハⅠ 訪問リハⅡ 訪問リハⅢ 同一建物減算	特別地域加算 小規模事業所加算 中山間地域等提供加算 短期集中リハ加算	マネジメント加算Ⅰ マネジメント加算Ⅱ マネジメント加算Ⅲ マネジメント加算Ⅳ	計画診療未実施減算 社会参加支援加算 サービス提供体制加算	【保険単位数】	種別	保険請求額	保険利用者負担額	公費請求額	公費本人負担額
* 蘇 ー * 0000012345	5,256	0	0	0		保険	0	0	0	0
	0	0	0	0		食費	0	0	0	0
	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	0	0		0	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護5 小計 (2人)	10,512	0	230	0		保険	49,374	5,486	0	0
	0	0	0	0		食費	0	0	0	0
	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	0	0		5,486	特定治療・療養	0	0	0	0

総合計 (6人)	35,040	0	1,150	0		保険	298,350	33,150	0	0
	0	0	0	0		食費	0	0	0	0
	0	0	0	216		居住費	0	0	0	0
	0	2,000	0		33,150	特定治療・療養	0	0	0	0

アセスメント

[* 国 良 *

様]

簡易アセスメント

女性 昭和14年7月29日 生

作成日 [令和 2年4月1日]

項目	評価	備考
麻痺拘縮	麻痺の有無：ない 関節の動く範囲の制限：膝関節	
移動	寝返り：何かにつかまればできる 起き上がり：何かにつかまればできる 座位保持：自分の手で支えればできる 両足での立位保持：支えなしでできる 歩行：何かにつかまればできる 移乗：一部介助 移動：一部介助	
複雑動作	立ち上がり：何かにつかまればできる 片足での立位：何か支えがあればできる 洗身：一部介助	
身の回り	褥瘡の有無：ない 皮膚疾患の有無：ない 嚥下：見守り等 食事摂取：見守り等 飲水：見守り等 排尿：見守り等 排便：見守り等	
衛生・自己管理	清潔 口腔衛生：一部介助 清潔 洗顔：自立 清潔 整髪：自立 清潔 つめきり：一部介助 衣服脱着 上着の脱着：見守り等 衣服脱着 スポーツ・パンツ等の脱着：見守り等 薬の管理：一部介助 金銭の管理：自立 電話の利用：一部介助 日常の意思決定：自立	
意思疎通	視力：普通（日常生活に支障がない） 聴力：普通の声がやっと聞きとれる 意思の伝達：ときどき伝達できる 指示への反応：介護者の指示が通じる 毎日の日課の理解：できる 生年月日、年齢を答えることができる：できる 面接調査直前に何をしていたか思い出す事が：できる 自分の名前を答えることができる 今の季節を理解することができる	

[* 国 良 *

様]

簡易アセスメント

女性 昭和14年7月29日 生

作成日 [令和 2年4月1日]

項目	評価	備考
問題行動	物を盗まれたなどと被害的にあることが：ない 作話をし周囲に言いふらすことが：ない 実際にはないものが見えたり、聞こえたりすることが：ない 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが：ない 夜間不眠あるいは昼夜の逆転が：ない 暴言や暴行が：ない しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが：ときどきある 大声を出すことが：ない	
特別医療（過去14日間に受けた医療）		
その他	日中の生活：座っている事が多い 外出頻度：週1回以上 家族・居住環境・社会参加等の状況における生活の不活性化の原因になるような変化：ない	

サービス計画書

日課計画表

作成年月日 令和2年5月1日

利用者名 * 国 良 * 殿

		共通サービス	担当者	個別サービス	担当者	主な日常生活上の活動	共通サービスの例	
深夜	4:00						共通サービスの例 食事介護 朝食 昼食 夕食 入浴介助（曜日） 清拭介助 洗面介助 口腔清潔介助 整容介助 更衣介助 排泄介助 水分補給介助 体位変換	
早朝	6:00							
午前	8:00					起床（自立） 洗顔、食事の準備、食事（自立） T v 鑑賞		
	10:00	バイタルチェック	看護師	訪問リハ				
				訪問リハ 基本動作訓練		リハビリ		
午後	12:00			訪問リハ		昼食 昼寝		
	14:00							
	16:00	入浴介助	家族（長男嫁）			散歩、庭や菜園の手入れ 入浴（シャワー浴）		
						入食事の準備		
	18:00					夕食 就眠		
夜間	20:00							
	22:00							
深夜	24:00							
						トイレに起床（自立）		
	2:00							
随時実施するサービス								
その他のサービス								

居宅支援経過記録

利用者氏名 * 賀 三 * 殿

居宅サービス計画作成者(照会者)氏名 * 玉 あや *

年月日	内 容	年月日	内 容
R02. 04. 02(木)	[ケース記録]	R02. 04. 23(木)	[ケース記録]
10:00～10:40	【実施項目】	16:47	【実施項目】
* 玉 あや *	[サービス準備・記録録等]	* 玉 あや *	[サービス準備・記録録等]
	サービス準備・記録録等		サービス準備・記録録等
	[リハビリ]		[リハビリ]
	機能回復訓練, 基本的動作訓練, コミュニケーション訓練,		応用的動作訓練, 自己訓練練習, マッサージ
	自己訓練練習, マッサージ		
	[介護指導]		
	介護指導		
R02. 04. 07(火)	[ケース記録]		
14:01	【実施項目】		
* 玉 あや *	[リハビリ]		
	機能回復訓練, 基本的動作訓練, コミュニケーション訓練,		
	自己訓練練習, マッサージ		
R02. 04. 09(木)	[ケース記録]		
16:45	【実施項目】		
* 玉 あや *	[リハビリ]		
	機能回復訓練, 基本的動作訓練, コミュニケーション訓練,		
	応用的動作訓練		
R02. 04. 14(火)	[ケース記録]		
16:45	【実施項目】		
* 玉 あや *	[リハビリ]		
	機能回復訓練, 基本的動作訓練, 自己訓練練習, マッサージ		
R02. 04. 16(木)	[ケース記録]		
16:46	【実施項目】		
* 玉 あや *	[リハビリ]		
	機能回復訓練, 基本的動作訓練, コミュニケーション訓練,		
	マッサージ		
R02. 04. 21(火)	[ケース記録]		
16:46	【実施項目】		
* 玉 あや *	[サービス準備・記録録等]		
	サービス準備・記録録等		
	[リハビリ]		
	機能回復訓練, 応用的動作訓練, マッサージ		

サービス担当者会議の要点

作成年月日 令和02年04月01日

利用者名 * 石 京 * 殿

居宅サービス計画作成者（担当者）氏名 * 玉 あや *

開催日 令和02年04月01日

開催場所 利用者入所施設

開催時間 09:00～10:00

開催回数 3

会議出席者	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名
	●●●病院(看護師)	* 玉 あや *	●●●病院(看護師)	* 村 結 *	●●●病院(看護師)	* 崎 六 *
	●●●病院(看護師)	* 木 あざ *				
検討した項目	初回訪問リハ利用に伴って（要介護） 本人より 家族より サービス事業所より					
検討内容	1. 体調管理について 血圧について、確認する。自宅でも血圧の測定は毎日行っている。手首で測る機種のため、通常より高めに数値が計測されとの事。最近、130前後である。心疾患についても、検査を実施し問題ないとの診断を受けている。 現在は、胸部の痛みなどもなく経過は良好である。今後も継続して、痛みの確認や血圧の計測については行っていく必要がある。 2. 訓練内容について 基本的な動作が出来ていない事や、歩行・移動に難あり。					
結論	訪問リハ・・・週3回（月・水・木曜日）利用。15時より実施する。 基本的動作訓練 姿勢の保持訓練、起居・移乗動作訓練、歩行・移動訓練、階段昇降練習、公共交通機関利用訓練 等を計画する。					
残された課題 (次の開催時期)						

[* 賀 三 *

様]

サービス計画書

作成日 [令和2年04月01日]

作成者 [* 阜 梅 *

●●●病院

]

課題（ニーズ）	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	曜日（頻度）	具体的内容	その他
病気が悪くならないようにしたい	病状が安定し在宅生活が継続できる	R2/4/1 ～ R2/6/30	透析療法を安定させて、異常の早期対応ができる	R2/4/1 ～ R2/6/30	訪問時のバイタル 緊急時の対応 相談 助言			
足が弱くなって独りで立ったり歩いたりできないので、手伝ってほしい	手伝いをもらって歩いたり、移動ができる	R2/4/1 ～ R2/6/30	上下肢の筋力低下防止 維持向上を図れる	R2/4/1 ～ R2/6/30	訪問リハビリにより立ち座り訓練をしたり筋力低下防止向上を図る（バイタル緊急時の対応 相談助言）	週 2 回	基本動作訓練	
（家族）車椅子の利用も多く、また臥床時間も長くなっているのでじょく創の心配をしている	じょく創の予防ができる	R2/4/1 ～ R2/6/30	離床や運動を心がける	R2/4/1 ～ R2/6/30	訪問リハビリにて助言をもらいながら運動をし、じょくそう予防を心がける	週 2 回	移動・歩行訓練	
サークルの仲間と交流をしたいし、物忘れをすることがあるので心配	物忘れ症状が悪化しない	R2/4/1 ～ R2/6/30	物忘れが進まないように工夫する	R2/4/1 ～ R2/6/30	訪問リハビリでの会話や話題提供 傾聴			

サービス計画書について説明を受け、内容に同意しました。

年 月 日 利用者（代理者）氏名

印

サービス評価表

作成日 [令和2年04月01日]

作成者 [* 阜 梅 *

●●●病院

]

課題（ニーズ）	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	曜日（頻度）	具体的内容	その他	評価
病気が悪くならないようにしたい	病状が安定し在宅生活が継続できる	R2/4/1 ～ R2/6/30	透析療法を安定させて、異常の早期対応ができる	R2/4/1 ～ R2/6/30	訪問時のバイタル 緊急時の対応 相談助言				
足が弱くなって独りで立ったり歩いたりできないので、手伝ってほしい	手伝いをもらって歩いたり、移動ができる	R2/4/1 ～ R2/6/30	上下肢の筋力低下防止 維持向上を図れる	R2/4/1 ～ R2/6/30	訪問リハビリにより立ち座り訓練をしたり筋力低下防止向上を図る（バイタル 緊急時の対応 相談助言）	週 2 回	基本動作訓練		○
（家族）車椅子の利用も多く、また臥床時間も長くなっているのでじょく創の心配をしている	じょく創の予防ができる	R2/4/1 ～ R2/6/30	離床や運動を心がける	R2/4/1 ～ R2/6/30	訪問リハビリにて助言をもらいながら運動をし、じょくそう予防を心がける	週 2 回	移動・歩行訓練		△
サークルの仲間と交流をしたいし、物忘れをすることがあるので心配	物忘れ症状が悪化しない	R2/4/1 ～ R2/6/30	物忘れが進まないように工夫する	R2/4/1 ～ R2/6/30	訪問リハビリでの会話や話題提供 傾聴				

[* 石 京 *

様]

予防サービス計画書

●●●病院

作成日 [令和02年04月01日

] 作成者 [* 玉 あや *

]

アセスメント領域 と現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	領域における課題 (背景・原因)	総合的課題	課題に対する 目標と具体策 の提案	具体策についての 意向 本人・家族	目標	目標についての 支援のポイント	期間	具体的なサービス内容	評価
運動・移動について 信号が赤色から青色 に変わっているにも 関わらず反応が遅く 、後ろからブザーを 押されることが多く なったり、目の前に 止まっている自動車 に追突しそうになり 急ブレーキをかけた り、歩行者が横断し ているのに気づかず に轢いてしまいそう になってしまったり と、高齢による認知 ・運動機能の低下か ら自動車の運転につ いて事故の発生のリ スクが高まっている 。	信号が赤色から青 色に変わっている にも関わらず反応 が遅く、後ろから ブザーを押される ことが多くなった り、目の前に止ま っている自動車に 追突しそうになり 急ブレーキをかけ たり、歩行者が横 断しているのに気 づかずに轢いてし まいそうになって しまったりと、高 齢による認知・運 動機能の低下から 自動車の運転につ いて事故の発生の リスクが高まって いる。	■有 □無 認知・運動機能に衰 えによる自動車事故 のリスクが高まって いると状態であると いえます。 ただし、本人の自動 車の運転についての 意欲が失われている わけではなく、現状 でただちに免許を返 納しなければならな いほどの危険な状態 には陥ってはいませ ん。そのため自動車 の運転において起こ り得る事故に対する リスクをいかに抑え られるのかを検討す る必要があります。	訪問リハビリ の計画策定	(目標) 歩行の克服 (具体策) ① 基本動作や移 動・歩行訓練必要 ② 身体(健康) 状態の確認及び把 握(血圧測定・体 重測定) ③ 必要時の受診 ④ 服薬の確認及 び管理 ⑤ 予後予測	歩行などの訓練に 必要なプログラム を計画して欲しい	日常の移動な どに支障をき たさない様に 訓練する	歩行・移乗訓練の 継続	R2/4/1 ～ R2/4/ 30	基本動作訓練 コミュニケーション や歩行訓練	○
日常生活(家庭生活)について 今のところ家事は自 分でできている。こ れからできなくなる かもしれないと思う と不安になる。	自分も高齢で病気 があるので不安は ありますが、これ まで家族のために 精一杯働いてくれ たので、出来る限 り本人の望むよう にしてあげたい。	■有 □無 日常生活全般にわた り自立しているが、 年々活動量が減少し てきており、現状の 生活を継続すると廃 用が進み出来ないこ とが増えていく危険 性がある。								
社会参加、対人関係 ・コミュニケーション について 以前のように人と関	以前のように地域 の活動に参加して もらいたい。	■有 □無 補聴器をつけている が、普通の声で話す と聞き間違えが多く								

[* 石 京 *

様]

予防サービス計画書

●●●●病院

作成日 [令和02年04月01日

] 作成者 [* 玉 あや *

]

アセスメント領域 と現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	領域における課題 (背景・原因)	総合的課題	課題に対する 目標と具体策 の提案	具体策についての 意向 本人・家族	目標	目標についての 支援のポイント	期間	具体的なサービス内容	評価
わりながら生活したい		、コミュニケーションをとりにくい。								
健康管理について	健康に気を付けて	■有 □無								
病状が安定し、家族に迷惑をかけずに生活したい	、これからも元気に生活を続けてもらいたい。	定期受診により病状は安定している。服薬は自分で管理し飲み忘れも残薬もない。血圧が高い為、塩分の多い食事は摂らないようにし、週に〇回散歩に行くなど運動するように気を付けている。								

私は、この計画書に同意いたします。

印

予防サービス評価表

●●●病院

作成日 [令和02年04月01日

] 作成者 [* 玉 あや *

]

アセスメント領域 と現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	領域における課題 (背景・原因)	総合的課題	課題に対する 目標と具体策 の提案	具体策についての 意向 本人・家族	目標	目標についての 支援のポイント	期間	具体的なサービス内容	評価
運動・移動について 信号が赤色から青色 に変わっているにも 関わらず反応が遅く 、後ろからブザーを 押されることが多く なったり、目の前に 止まっている自動車 に追突しそうになり 急ブレーキをかけた り、歩行者が横断し ているのに気づかず に轢いてしまいそう になってしまったり と、高齢による認知 ・運動機能の低下か ら自動車の運転につ いて事故の発生のリ スクが高まっている 。	信号が赤色から青 色に変わっている にも関わらず反応 が遅く、後ろから ブザーを押される ことが多くなった り、目の前に止ま っている自動車に 追突しそうになり 急ブレーキをかけ たり、歩行者が横 断しているのに気 づかずに轢いてし まいそうになって しまったりと、高 齢による認知・運 動機能の低下から 自動車の運転につ いて事故の発生の リスクが高まって いる。	■有 □無 認知・運動機能に衰 えによる自動車事故 のリスクが高まって いると状態であると いえます。 ただし、本人の自動 車の運転についての 意欲が失われている わけではなく、現状 でただちに免許を返 納しなければならな いほどの危険な状態 には陥ってはいませ ん。そのため自動車 の運転において起こ り得る事故に対する リスクをいかに抑え られるのかを検討す る必要があります。	訪問リハビリ の計画策定	(目標) 歩行の克服 (具体策) ① 基本動作や移 動・歩行訓練必要 ② 身体(健康) 状態の確認及び把 握(血圧測定・体 重測定) ③ 必要時の受診 ④ 服薬の確認及 び管理 ⑤ 予後予測	歩行などの訓練に 必要なプログラム を計画して欲しい	日常の移動な どに支障をき たさない様に 訓練する	歩行・移乗訓練の 継続	R2/4/1 ～ R2/4/ 30	基本動作訓練 コミュニケーション や歩行訓練	以前と比べ、歩行 に支障を来さない
日常生活(家庭生活)について 今のところ家事は自 分でできている。こ れからできなくなる かもしれないと思う と不安になる。	自分も高齢で病気 があるので不安は ありますが、これ まで家族のために 精一杯働いてくれ たので、出来る限 り本人の望むよう にしてあげたい。	■有 □無 日常生活全般にわた り自立しているが、 年々活動量が減少し てきており、現状の 生活を継続すると廃 用が進み出来ないこ とが増えていく危険 性がある。								
社会参加、対人関係 ・コミュニケーションについて 以前のように人と関	以前のように地域 の活動に参加して もらいたい。	■有 □無 補聴器をつけている が、普通の声で話す と聞き間違えが多く								

[* 石 京 *

様]

予防サービス評価表

●●●●病院

作成日 [令和02年04月01日

] 作成者 [* 玉 あや *

]

アセスメント領域 と現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	領域における課題 (背景・原因)	総合的課題	課題に対する 目標と具体策 の提案	具体策についての 意向 本人・家族	目標	目標についての 支援のポイント	期間	具体的なサービス内容	評価
わりながら生活したい		、コミュニケーションをとりにくい。								
健康管理について	健康に気を付けて	■有 □無								
病状が安定し、家族 に迷惑をかけずに生 活したい	、これからも元氣 に生活を続けても らいたい。	定期受診により病状 は安定している。服 薬は自分で管理し飲 み忘れも残薬もない 。血圧が高い為、塩 分の多い食事は摂ら ないようにし、週に 〇回散歩に行くなど 運動するように気を 付けている。								

個別援助計画書

作成日： 令和2年4月1日

利用者氏名： * 石 京 *

個別援助計画

作成年月日	令和2年4月1日	前回作成日	平成31年1月1日
要介護認定日	令和1年9月1日	要支援状態区分	要介護 4
主たる介護者	●石 ●郎	続柄	長男
		同意年月日	令和2年3月30日
電話番号	099-XXX-XXXX	連絡先	

居宅介護支援事業所情報

事業所番号	4699999997	事業所名	ケアセンター「み●●」
所在地	鹿児島県出水市米ノ津町 X X X X 番地	電話番号	099-269-9719
担当者	愛● ●菊		

【援助目標/期間】

援助目標	期間	見直日	備考
リハビリの基本動作訓練、機能回復訓練の実施	R2/4/1 ~ R2/4/30	令和2年4月30日	

本人及び家族の意向・希望

健康に気を付けて、歩行・移乗等が回復して欲しい。

本人及び家族へのお願い

本人の積極的な取組の後押しを、お願いします。

援助内容

訪問プラン

No	月	火	水	木	金	土	日	提供時間帯
1		○			○			11:00～11:59

No	提供曜日	提供時間	提供種類	担当者①	* 玉 あや *	担当者②	
1	火,金	11:00~11:59	介護	担当者③		担当者④	
ケア項目				ケア内容			所要時間
リハビリ実施				基本動作訓練、機能回復訓練の実施			59分
留意事項							
定期的に受診し、医師へ体調の変化を相談出来る							

評価

目標達成度

評価日

歩行については、かなり回復してきた。

満足度内容

評価日 令和2年4月30日

以前と比べ、散歩が楽しく出来ている。

見直し内容

評価日 令和2年4月30日

移乗に関して、訓練を継続して行く。

説明日： 令和2年4月30日

説明者： * 玉 あや* 職種： 作業療法士

* 賀 三 *

様

●●●病院

日	月	火	水	木	金	土
			1	2 10:00-10:40 訪問リハ (※知)	3	4
5	6	7 10:00-10:40 訪問リハ (※知)	8	9 10:00-10:40 訪問リハ (※知)	10	11
12	13	14 10:00-10:40 訪問リハ (※知)	15	16 10:00-10:40 訪問リハ (※知)	17	18
19	20	21 10:00-10:40 訪問リハ (※知)	22	23 10:00-10:40 訪問リハ (※知)	24	25
26	27	28 10:00-10:40 訪問リハ (※知)	29	30 10:00-10:40 訪問リハ (※知)		

※は印刷できない他の予定があります

(スタッフ氏名)

令和2年04月 サービス予定カレンダー

印刷日：令和2年04月01日

知 小

様

●●●病院

日	月	火	水	木	金	土
			1	2 10:00-10:40 訪問リハ (*賀 三*)	3	4
5	6	7 10:00-10:40 訪問リハ (*賀 三*)	8	9 10:00-10:40 訪問リハ (*賀 三*)	10	11
12	13	14 10:00-10:40 訪問リハ (*賀 三*)	15	16 10:00-10:40 訪問リハ (*賀 三*)	17	18
19	20	21 10:00-10:40 訪問リハ (*賀 三*)	22	23 10:00-10:40 訪問リハ (*賀 三*)	24	25
26	27	28 10:00-10:40 訪問リハ (*賀 三*)	29	30 10:00-10:40 訪問リハ (*賀 三*)		

※は印刷できない他の予定があります

				4/1（水）	4/2（木）	4/3（金）	4/4（土）
知 小				14:00-15:00 介護 *島 京*	10:00-10:40 介護 *賀 三* 11:00-11:40 介護 *岡 良*	14:00-15:00 介護 *島 京*	11:00-11:40 介護 *岡 良*
阪 太				15:00-15:40 介護 *島 二*		10:00-10:40 予防 *原 三*	15:00-15:40 介護 *島 二*
阜 梅						14:00-15:00 介護 *日部 京*	

				4/1（水）	4/2（木）	4/3（金）	4/4（土）
岡 良					11:00-11:40 介護 *知 小*		11:00-11:40 介護 *知 小*
賀 三					10:00-10:40 介護 *知 小*		
日部 京						14:00-15:00 介護 *阜 梅*	
島 京				14:00-15:00 介護 *知 小*		14:00-15:00 介護 *知 小*	
島 二				15:00-15:40 介護 *阪 太*			15:00-15:40 介護 *阪 太*
原 三						10:00-10:40 予防 *阪 太*	

月間訪問予定表

介護

印刷日：令和2年4月1日

令和2年4月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	合 計	
	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木		
岡 良		○		○			○		○		○			○		○		○			○		○		○			○		○		13
賀 三		○					○		○					○		○					○		○					○		○		9
日部 京			○			○				○			○				○			○				○			○					8
島 京	○		○			○		○		○			○		○		○			○		○		○			○		○			13
島 二	○			○				○			○				○			○				○			○				○			9

月間訪問予定表

予防

印刷日：令和2年4月1日

[illegible]

課題整理総括表

利用者名 * 国 良 * 殿

作成日 令和2年4月30日

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		① 基本動作				② 筋力低下			③			利用者及び家族の 生活に対する意向		本人：楽しく散歩に行けるようにしたい。	
		④				⑤			⑥						
状況の事実 ※1		現在 ※2				要因 ※3	改善/維持の可能性 ※4			備考(状況・支援内容等)					
移動	室内移動	自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化	筋力の衰えにより外出が億劫となり、食事も適当に済ます傾向があるがサービスと家族の見守りにより何とか維持されている。					
	屋外移動	自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化						
食事	食事内容	支障なし		支障あり			改善	維持	悪化						
	食事摂取	自立	見守り	一部介助	全介助	利き腕麻痺	改善	維持	悪化						
	調理	自立	見守り	一部介助	全介助	利き腕麻痺	改善	維持	悪化						
排泄	排尿・排便	支障なし		支障あり			改善	維持	悪化						
	排泄動作	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化						
口腔	口腔衛生	支障なし		支障あり			改善	維持	悪化						
	口腔ケア	自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化						
服薬		自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化						
入浴		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化						
更衣		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化						
掃除		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化						
洗濯		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化						
整理・物品の管理		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化						
金銭管理		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化						
買物		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化						
コミュニケーション能力		支障なし		支障あり			改善	維持	悪化						
認知		支障なし		支障あり			改善	維持	悪化						
社会との関わり		支障なし		支障あり			改善	維持	悪化						
褥瘡・皮膚の問題		支障なし		支障あり			改善	維持	悪化						
行動・心理症状(BPSD)		支障なし		支障あり			改善	維持	悪化						
介護力(家族関係含む)		支障なし		支障あり			改善	維持	悪化						
居住環境		支障なし		支障あり			改善	維持	悪化						
							改善	維持	悪化						
見通し ※5		生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】				※6									
本人もリハビリなど楽しみにされていることもあり現状の生活は維持できると思われるが、筋力の低下には気を配る必要がある。		筋力の維持													
		社会活動への参加													

※1 本書は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。
※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたらしめている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

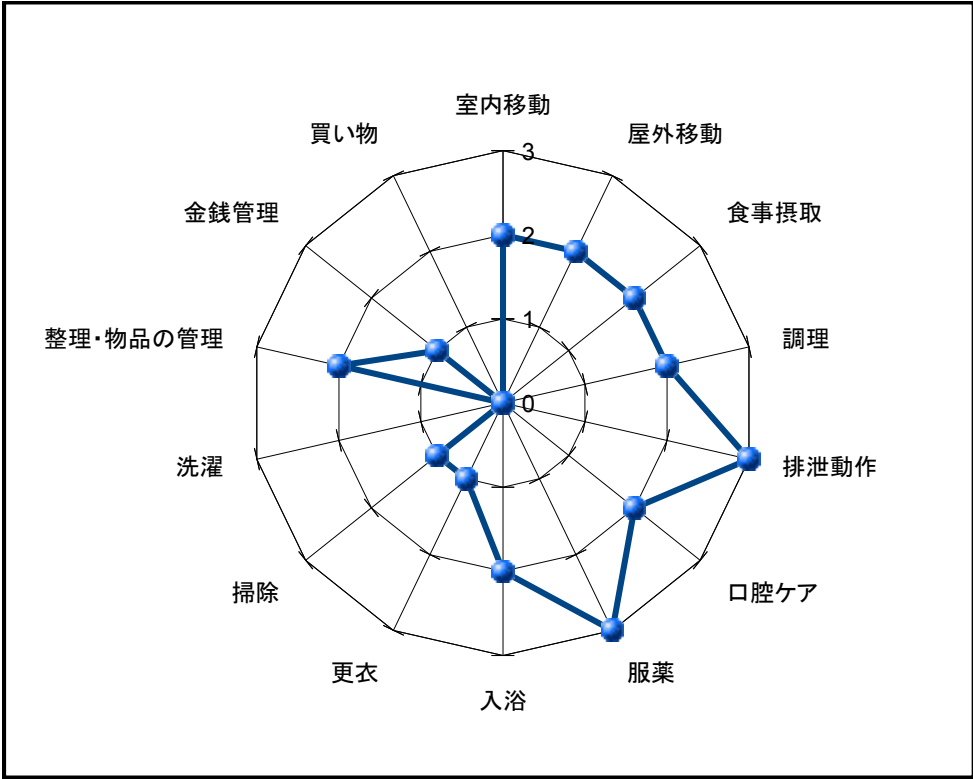
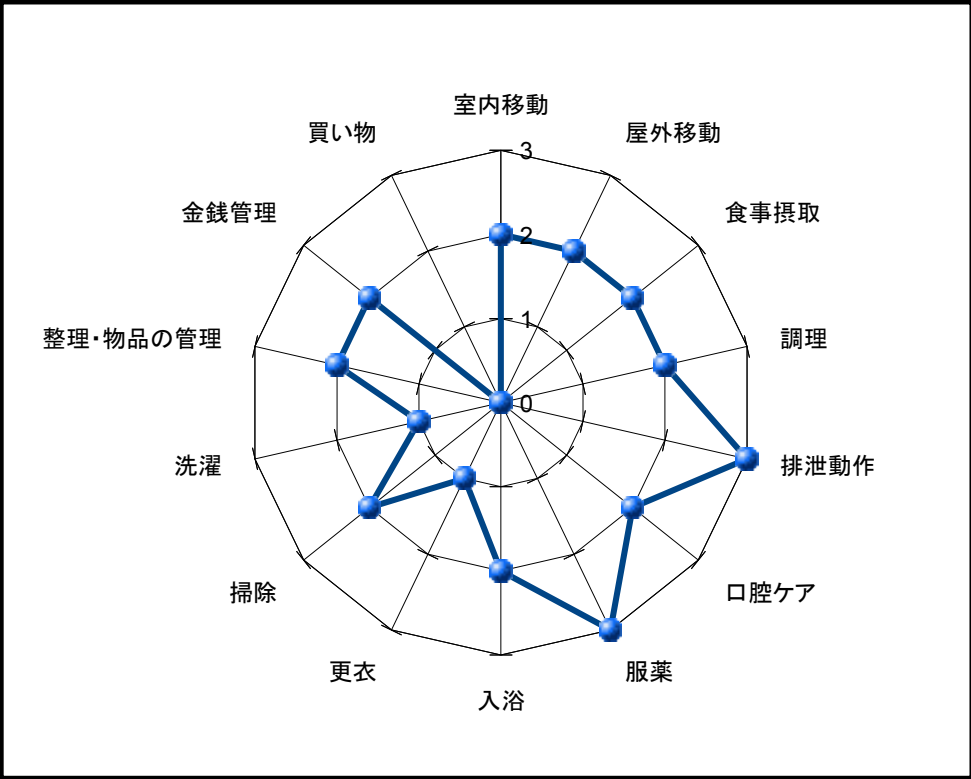
※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる事後の状況(目標)を記載する。
※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

ADLチャート

氏名: * 国 良 * 年齢: 80 歳 性別: (男 ・ 女)

■今回 記録日:R02/4/30

■前回 記録日:R02/1/30



<合計> 26

ADL項目	値	ADL項目	値
室内移動	2	入浴	2
屋外移動	2	更衣	1
食事摂取	2	掃除	2
調理	2	洗濯	1
排泄動作	3	整理・物品の管理	2
口腔ケア	2	金銭管理	2
服薬	3	買い物	0

3:自立、2:見守り、1:一部介助、0:全介助

<合計> 23

ADL項目	値	ADL項目	値
室内移動	2	入浴	2
屋外移動	2	更衣	1
食事摂取	2	掃除	1
調理	2	洗濯	0
排泄動作	3	整理・物品の管理	2
口腔ケア	2	金銭管理	1
服薬	3	買い物	0

3:自立、2:見守り、1:一部介助、0:全介助

ケアプラン作成状況

担当者：担当者なし

印刷日：令和2年5月15日

No	利用者番号	利用者名	介護状態	認定期限	アセスメント	適用開始日	1表	2表	3表	プラン 同意日	4表	モニタリング	モニタリング	モニタリング
1		*岡 良*	要介護4	R02.10.31	R02/4/1 GL	R02/04/01	○	○	○	R02/04/01	R02/04/01			
2	1011	*賀 三*	要介護4	R02.12.31	R02/4/2 GL	R02/04/01	○	○	○	R02/03/28	R02/04/02	R02/05/02		
3		*日部 京*	要介護2	R02.12.31	R02/3/25 GL	R02/04/01	○	○	○	R02/03/29	R02/03/25			
4		*島 京*	要介護4	R03.03.31	R02/4/1 GL	R02/04/01	○	○	○	R02/03/28	R02/04/01			
5		*島 二*	要介護5	R02.12.31	R02/3/26 GL	R02/04/01	○	○	○	R02/03/30	R02/03/26			
6		*蘇 一*	要介護5	R02.12.31	R02/4/1 GL	R02/04/01	○	○	○	R02/03/31	R02/04/01			
7	1021	*原 三*	要支援1	R02.10.31	R02/4/1 GL	R02/04/01	○	○	○	R02/03/28	R02/04/01			

運動器機能向上計画

運動器の機能向上プログラム事前・事後アセスメント票 -地域支援事業版-

評価実施日 令和2年04月01日 (1 回目評価)

氏名 *石 京*	昭和14年06月16日生 (80 歳)	評価者名 *阪 太*
実施プログラム 筋力運動		評価者職種 介護福祉士

バイタルチェック

血圧 1. 150 / 85 2. 126 / 90 3. 123 / 89

脈拍 1. 62 2. 65 3. 63

不整 【(無)・有 (回/分) 】

形態測定

身長 140 cm 体重 50 kg

運動機能

握力 1. (26 kg ; (右)・左) 2. (28 kg ; 右・(左))

片足立ち(開眼) 1. (5 秒 ; (右)・左) 2. (4 秒 ; 右・(左))

TUG 1. (10.2 秒) 2. (10 秒)

通常歩行時間 1. (7 秒)

最大歩行時間 (5m) 1. (6.5 秒) 2. (6.2 秒)

評価時の特記事項：

運動器の機能向上プログラム 理学療法評価

評価実施日 令和2年04月01日 (1 回目評価)

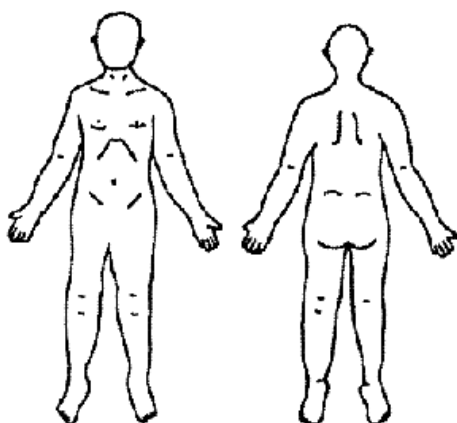
氏名 *石 京*	昭和14年06月16日生 (80 歳)	評価者名
実施プログラム	背筋の筋力向上	* 阪 太 *

ニーズ

腰痛の痛みを和らげたい。

痛みの評価

痛みの部位



痛みの既往歴

腰痛 令和元年 4月頃から病状あり

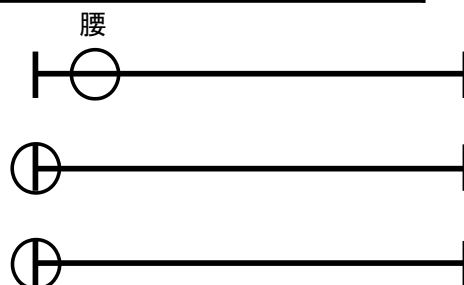
痛みの質的評価 (S&S、P1・P2、T1・T2・T3)

S&S : しばらく歩き続けると腰が痛む。
T 1 : 30分
T 2 : 10分
T 3 : 10分

身体アライメント

不定期的な腰痛

VAS (visual analogue scale)



日常生活活動能力

入浴、更衣で不便あり、痛みが出るケースもある。

評価時の特記事項：

運動療法で改善を図る。

S&S : 症状と兆候、P1 : 痛みが始まる関節可動域、P2 : 痛みでそれ以上動かせなくなる関節可動域
T1 : 運動を始めてから痛みが起こるまでの時間、T2 : 痛みの出る動作を続けられる時間、
T3 : 痛みが緩和するような努力を始めてから痛みが消失するまでの時間

個別サービス計画書

利用者名 * 石 京 * 殿

生年月日 昭和14年06月16日 生 80 歳

記載日 令和02年04月01日

課題分析情報	※既往歴、家族歴などの特記事項を転記する 令和2年1月 ヘルニア発症	記入者： * 阪 太 * 職種： 介護福祉士
--------	---------------------------------------	---------------------------

機能状態	握力 (26 kg , (右) ・ 左) (28 kg , 右 ・ (左)) 片足立ち (開眼) (5 秒) TUG (10.2 秒)	痛み (部位と程度) : 腰 たまに痛みあり
	最大歩行時間 (5m) (6.5 秒) 【補助具使用 ((無) ・ 有) 種類 () 】 ファンクショナルリーチ (30 cm) 座位体前屈 (31 cm)	運動に際してのリスク : 転倒
	身長 (140 cm) 体重 (50 kg)	身体機能 : 寝起きでの不便さがある

本人の希望	全体の目標
腰痛の不安解消	一人で散歩に行ける。

方法	実施回数 (3 日/週) 内訳 : 個別 (3 日/週) ・ 集団 (1 日/週) 一回運動時間 (約 30 分) 負荷強度 (高 ・ (中) ・ 低) 負荷方法 (漸増 ・ (一定))
----	--

	初期 (1 ヶ月)	中期 (2 ヶ月)	後期 (3 ヶ月)
目標	腰痛を持つものでは、円背を呈しているものが多い、背筋の筋力を向上させ、良姿勢を作る	日常生活の不良姿勢が腰痛を引き起こす原因となる。良姿勢を意識し日常生活に活かす。	腹筋・背筋ともに筋力強化されることが望ましい。
プログラム	背筋の筋力向上 腹筋の強化	座位姿勢の改善 中間位を保ったままの運動 (お尻歩き)	背筋の強化
評価	腰痛回数の減少	腰痛回数の減少	15分程度の歩行は可能であるが、階段昇降はやや困難を認める。

地域包括支援センターへの報告事項 : 運動器の機能向上プログラムによって客観的な効果が認められる。ケアプランの目標には達していないが、このプログラムをもう1期継続することにより、目標を達成できると考えられる。

運動器の機能向上プログラム
実施計画（本人記載）

氏名 * 石 京 *

提出日 令和02年05月11日

運動の目標	一人で散歩に行ける。
-------	------------

それぞれを○で囲みましょう

行動目標	いつ	朝	昼間	夜
	どこで	家	集会所	()
	だれと	ひとり	仲間	()
	どれくらい	週1回	週2回	週3～5回 毎日

月

今週の目標（上に書いてあるもの）の達成度を評価しましょう
行ったら○、行わなかったら×をつけましょう

日	曜日	できればここに種目などを具体的に書く
	月	○
	火	×
	水	○
	木	○
	金	×
	土	
	日	
今週の目標達成度		大変よくできた よくできた あまりできなかった ほとんどできなかった

個別機能訓練計画

興味・関心チェックシート

氏名: ＊石 京＊ 殿 年齢: 81 歳 性別 (男・女)

記入日: 令和3年4月1日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く		○		生涯学習・歴史		○	
一人でお風呂に入る		○		読書	○		
自分で服を着る	○			俳句	○		
自分で食べる	○			書道・習字	○		
歯磨きをする	○			絵を描く・絵手紙		○	
身だしなみを整える	○			パソコン・ワープロ		○	
好きなときに眠る		○		写真	○		
掃除・整理整頓	○			映画・観劇・演奏会		○	
料理を作る				お茶・お花		○	
買い物			○	歌を歌う・カラオケ		○	
家や庭の手入れ・世話		○		音楽を聴く・楽器演奏	○		
洗濯・洗濯物たたみ	○			将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等		○	
自転車・車の運転		○		体操・運動		○	
電車・バスでの外出			○	散歩	○		
孫・子供の世話	○			ゴルフ・グランドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ		○	
動物の世話	○			ダンス・踊り		○	
友達とおしゃべり・遊ぶ		○		野球・相撲観戦等		○	
家族・親戚との団らん		○		競馬・競輪・競艇・パチンコ		○	
デート・異性との交流				編み物	○		
居酒屋に行く		○		針仕事	○		
ボランティア		○		畑仕事	○		
地域活動(町内会・老人クラブ)		○		賃金を伴う仕事		○	
お参り・宗教活動		○		旅行・温泉		○	
その他()				その他()			
その他()				その他()			

生活機能チェックシート

利用者氏名	* 石 京 *	生年月日	昭和14年6月16日	男 ・ 女
評価日	令和3年4月2日(金)	10:00 ~ 11:00	要介護度	要介護 2
評価スタッフ	* 玉 あや *	職種	介護福祉士	

	項目	レベル	課題	環境 (実施場所・補助具等)	状況・生活課題
ADL	食事	・ 自立 (10) ・ 一部 有 助 (5) ・ 全介助 (0)	有 ・ 無	排泄: トイレ 入浴: 浴室 更衣: 浴室 移乗: 乗車	入浴介助必要、屋内移動については、支援もしくは見守りが必要です。
	椅子とベッド間の移乗	・ 自立 (15) ・ 監視 有 (10) ・ 座れるが移れない (5) ・ 全介助 (5)	有 ・ 無		
	整容	・ 自立 (5) ・ 一部介助 (0) ・ 全介助 (0)	有・ 無		
	トイレ動作	・ 自立 (10) ・ 一部介助 (5) ・ 全介助 (0)	有・ 無		
	入浴	・ 自立 (5) ・ 一部 有 助 (0) ・ 全介助 (0)	有 ・ 無		
	平地歩行	・ 自立 (15) ・ 歩行 有 等 (10) ・ 車椅子操作が可能 (5) ・ 全介助 (0)	有 ・ 無		
	階段昇降	・ 自立 (10) ・ 一部 有 助 (5) ・ 全介助 (0)	有 ・ 無		
	更衣	・ 自立 (10) ・ 一部介助 (5) ・ 全介助 (0)	有・ 無		
	排便コントロール	・ 自立 (10) ・ 一部介助 (5) ・ 全介助 (0)	有・ 無		
	排尿コントロール	・ 自立 (10) ・ 一部介助 (5) ・ 全介助 (0)	有・ 無		
IADL	調理	・ 自立 ・ 一部介助	・ 見 有 守り ・ 全介助	屋外移動: 屋外 階段昇降: 屋外 掃除: 屋内 狭部屋	血圧に上昇時は、掃除は控える
	洗濯	・ 自立 ・ 一部介助	・ 見 有 守り ・ 全介助		
	掃除	・ 自立 ・ 一部介助	・ 見 有 守り ・ 全介助		
	項目	レベル	課題	状況・生活課題	
起居動作	寝返り	・ 自立 ・ 一部介助	・ 見守り ・ 全介助	起居動作での姿勢によっては、腰痛あり	
	起き上がり	・ 自立 ・ 一部 介助	・ 見守り ・ 全介助		
	座位	・ 自立 ・ 一部介助	・ 見 有 守り ・ 全介助		
	立ち上がり	・ 自立 ・ 一部 介助	・ 見守り ・ 全介助		
	立位	・ 自立 ・ 一部介助	・ 見 有 守り ・ 全介助		

個別機能訓練活動チャート(ADL)

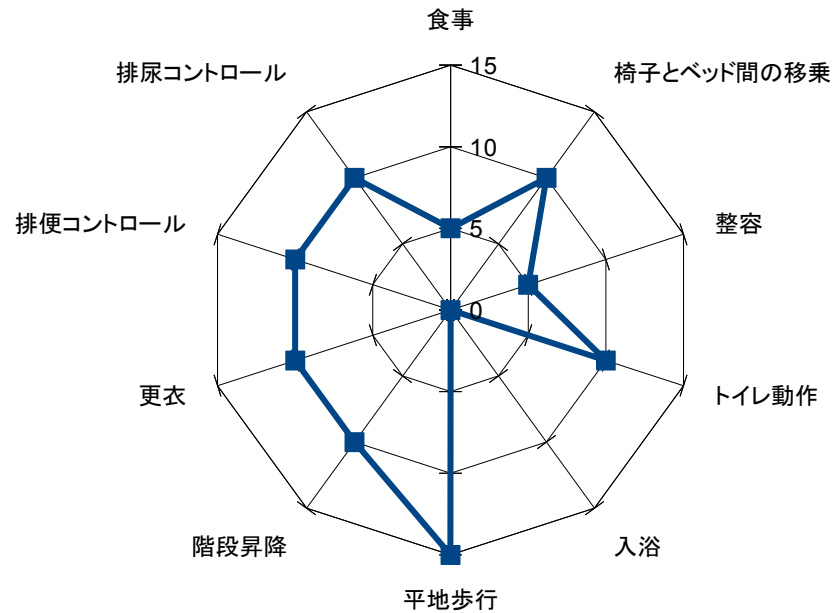
氏名: * 石 京 *

年齢: 81 歳

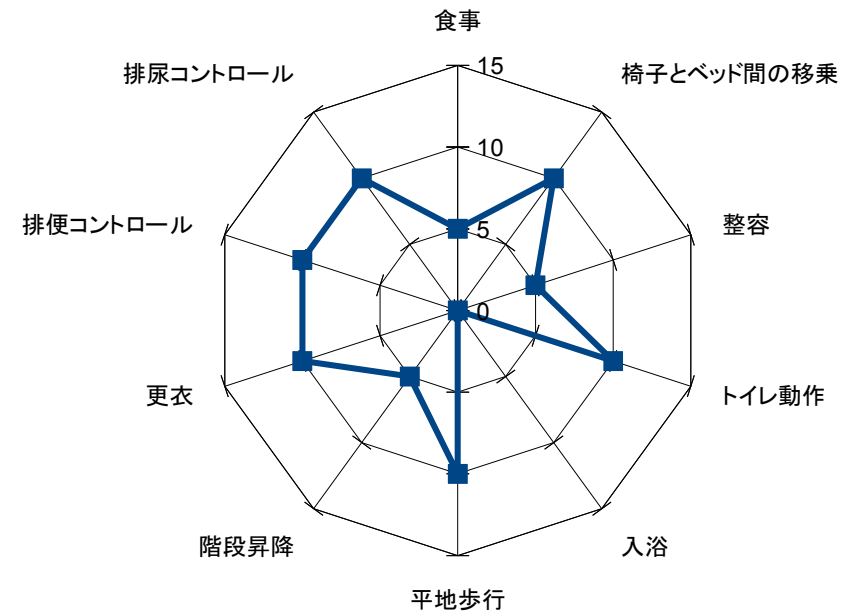
性別: (男 ・ 女)

■今回 評価日: R03/4/15、記録日: R03/4/15

■前回 評価日: R03/4/2、記録日: R03/4/2



ADL	点数
食事	5
椅子とベッド間の移乗	10
整容	5
トイレ動作	10
入浴	0
平地歩行	15
階段昇降	10
更衣	10
排便コントロール	10
排尿コントロール	10



ADL	点数
食事	5
椅子とベッド間の移乗	10
整容	5
トイレ動作	10
入浴	0
平地歩行	10
階段昇降	5
更衣	10
排便コントロール	10
排尿コントロール	10

個別機能訓練活動チャート(IADL)

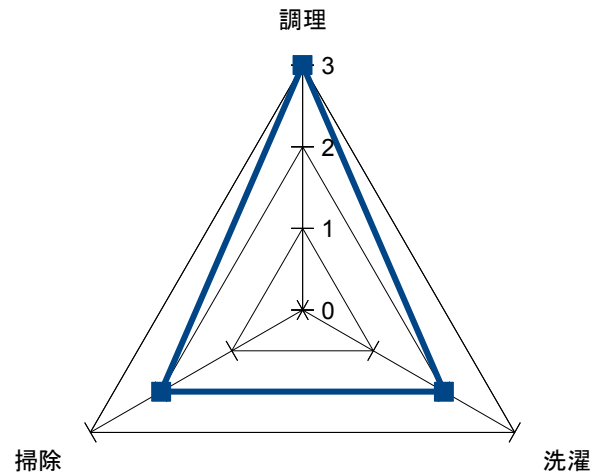
氏名: * 石 京 *

年齢: 81 歳

性別: (男 ・ 女)

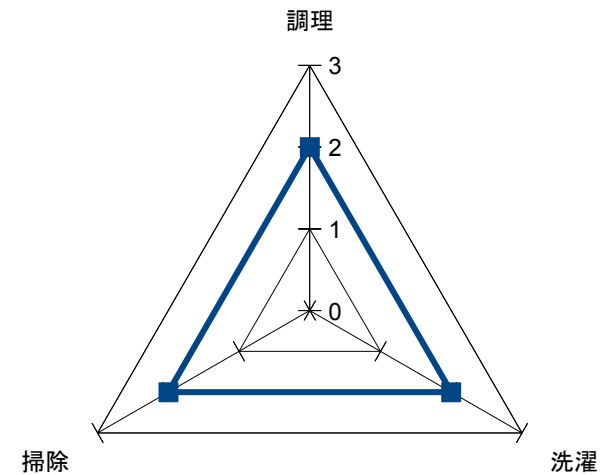
■今回 評価日: R03/4/15、記録日: R03/4/15

■前回 評価日: R03/4/2、記録日: R03/4/2



IADL	レベル
調理	3
洗濯	2
掃除	2

3:自立、2:見守り、1:一部介助、0:全介助



IADL	レベル
調理	2
洗濯	2
掃除	2

3:自立、2:見守り、1:一部介助、0:全介助

個別機能訓練活動チャート(起居動作)

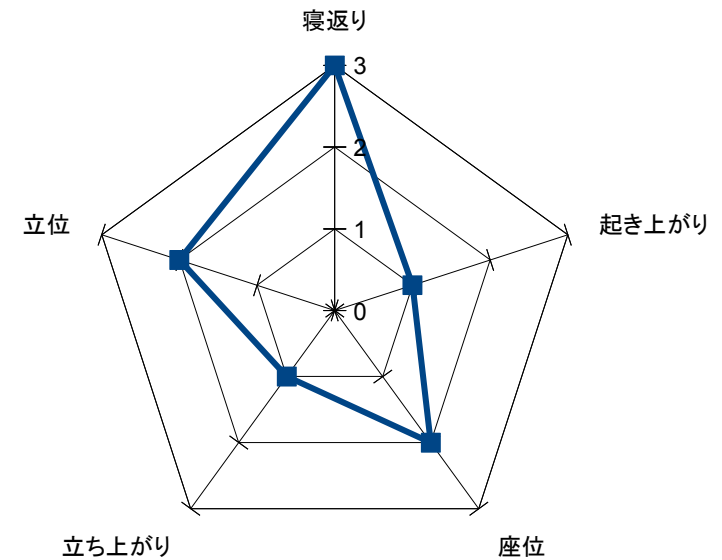
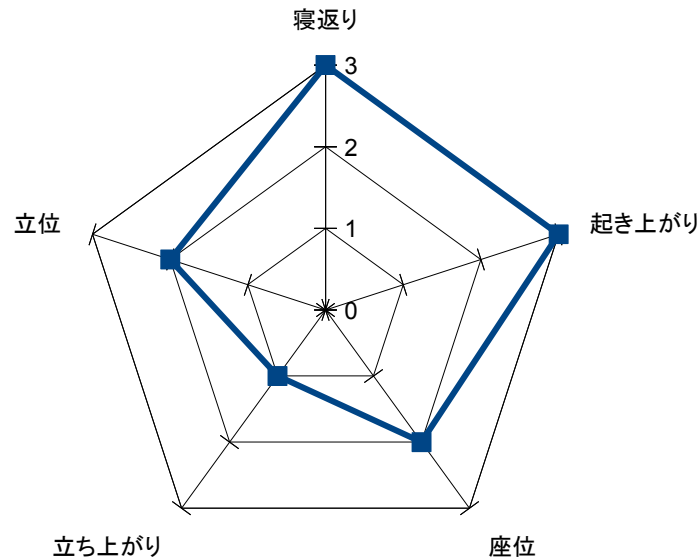
氏名: * 石 京 *

年齢: 81 歳

性別: (男 ・ 女)

■今回 評価日: R03/4/15、記録日: R03/4/15

■前回 評価日: R03/4/2、記録日: R03/4/2



起居動作	レベル
寝返り	3
起き上がり	3
座位	2
立ち上がり	1
立位	2

3:自立、2:見守り、1:一部介助、0:全介助

起居動作	レベル
寝返り	3
起き上がり	1
座位	2
立ち上がり	1
立位	2

3:自立、2:見守り、1:一部介助、0:全介助

【個別機能訓練計画書】

作成日： 令和3年4月1日	前回作成日： 令和3年1月10日	初回作成日： 令和2年4月1日
ふりがな *かし きょう*	性別 女	要介護度 要介護2
氏名 *石 京*	昭和14年6月16日 生 81 歳	計画作成者： *玉 あや*
障害高齢者の日常生活自立度： 自立 J1 J2 (A1) A2 B1 B2 C1 C2	認知症高齢者の日常生活自立度： 自立 (I) IIa IIb IIIa IIIb IV M	職種： 介護福祉士

Ⅰ 利用者の基本情報 ※別紙様式3-1・別紙様式3-2を別途活用すること。	
利用者本人の希望 自宅内を安全に移動することができるようにする腰痛を和らげたい。	家族の希望 1日おきの散歩に、1人で行ける。
利用者本人の社会参加の状況 家庭菜園が楽しみで、1日1時間程度作業されていた。	利用者の居宅の環境（環境因子） 自宅では、伝い歩き。入浴は介助が必要、トイレは自立。

健康状態・経過
病名 R262 歩行障害 発症日・受傷日：令和2年3月15日 直近の入院日：令和3年2月1日 直近の退院日：令和3年2月15日
治療経過（手術がある場合は手術日・術式等） 昨年1月頃より、歩行障害によりリハビリを定期的に実施されていた。
合併疾患・コントロール状態（高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等） R262 歩行障害
機能訓練実施上の留意事項（開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等） 血圧上昇時には運動を控えること。

Ⅱ 個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定			
個別機能訓練の目標			
機能訓練の短期目標（今後3ヶ月）		機能訓練の長期目標	
目標達成度（達成・一部・未達）	目標達成度（達成・一部・未達）	目標達成度（達成・一部・未達）	目標達成度（達成・一部・未達）
(機能) 運動耐用力	筋力	(機能) 関節の可動域	
(活動) 日課の遂行		(活動) 日課の遂行	
(参加) 用具の使用（電話、メール、PCなど）		(参加) 姿勢を変えること	

個別機能訓練項目					
プログラム内容(何を目的に(～のために)～する)		留意点	頻度	時間	主な実施者
①	7 運動機能訓練	血圧上昇時は、控える	週 2 回	30 分	作業療法士
②			週 回	分	
③			週 回	分	
④			週 回	分	
※短期目標で設定した目標を達成するために必要な行為に対応するよう、訓練項目を具体的に設定すること。			プログラム立案者： * 取 史 *		

利用者本人・家族等がサービス利用時間以外に実施すること ・ご家族に歩行支援の対応方法を伝達するとともに共有（症状や対応方法について）	特記事項 ・ご本人は、もともと運動好きな方
---	--------------------------

Ⅲ 個別機能訓練実施後の対応	
個別機能訓練の実施による変化 屋外で5分程度見守りで歩行できるようになってきています。	個別機能訓練実施における課題とその要因 長時間の歩行はまだ難しい、メモの活用も少しずつ定着してきているが継続が必要。

本人のサイン：	家族サイン：
介護老人保健施設 ●苑 事業所No. 4699999997 説明日：令和3年4月1日	説明者：*玉 あや*
住所 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地 電話番号 099-XXX-XXXX	

個人機能訓練機能状態

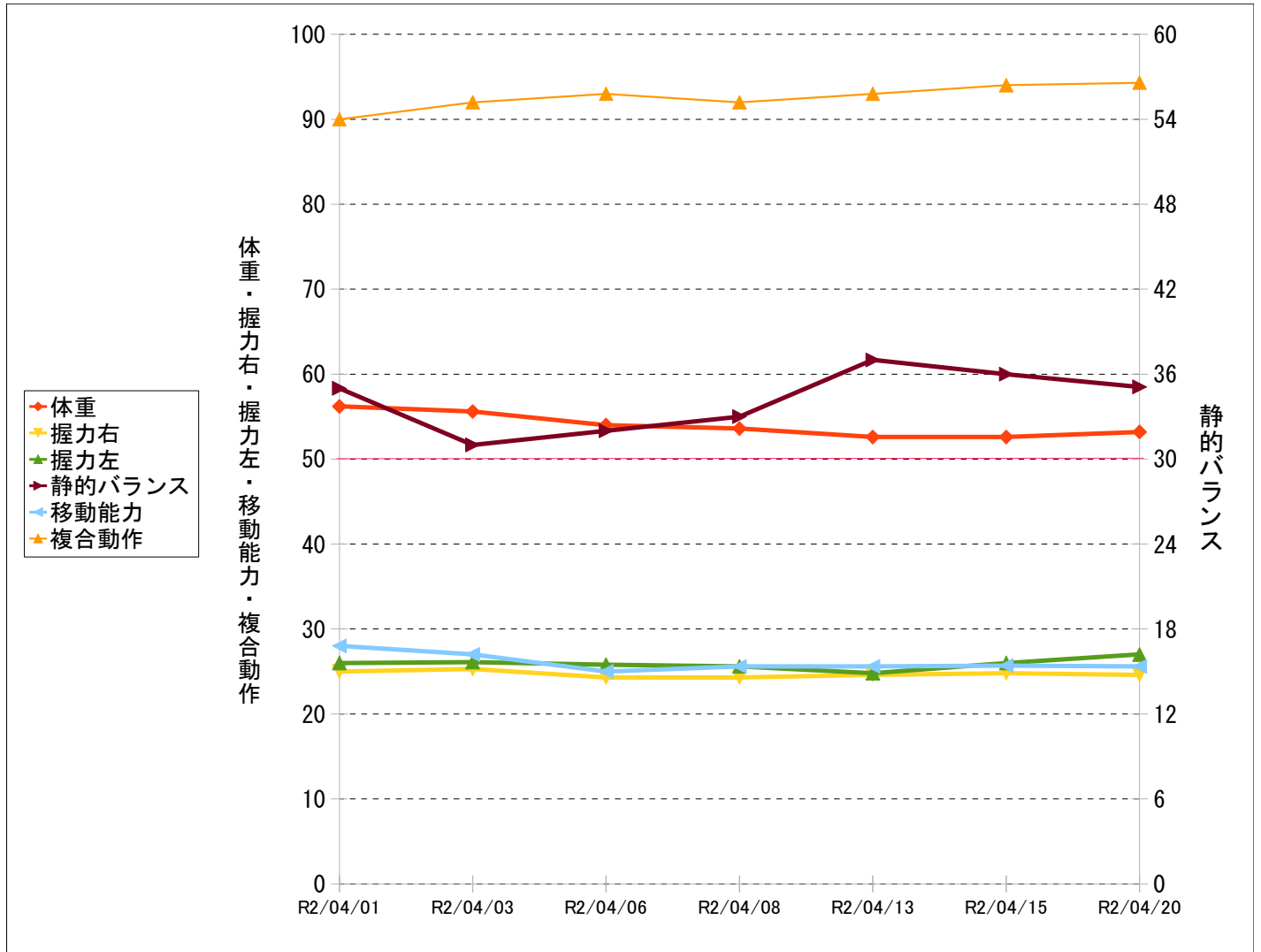
●●●●病院

氏名 *石 京*

性別 女 生年月日 S14/06/16

年齢 81歳

実施日 R2/04/20



評価実施日	R2/04/01	R2/04/03	R2/04/06	R2/04/08	R2/04/13	R2/04/15	R2/04/20
体重	56.20	55.60	54.00	53.60	52.60	52.60	53.20
握力右	25.0	25.3	24.3	24.3	24.6	24.8	24.6
握力左	26.0	26.1	25.8	25.6	24.8	26.0	27.0
静的バランス	35.0	31.0	32.0	33.0	37.0	36.0	35.1
移動能力	28.0	27.0	25.0	25.6	25.6	25.7	25.6
複合動作	90.0	92.0	93.0	92.0	93.0	94.0	94.3

体力測定結果

* 石 京 *

様

81 歳

介護区分

要介護 4

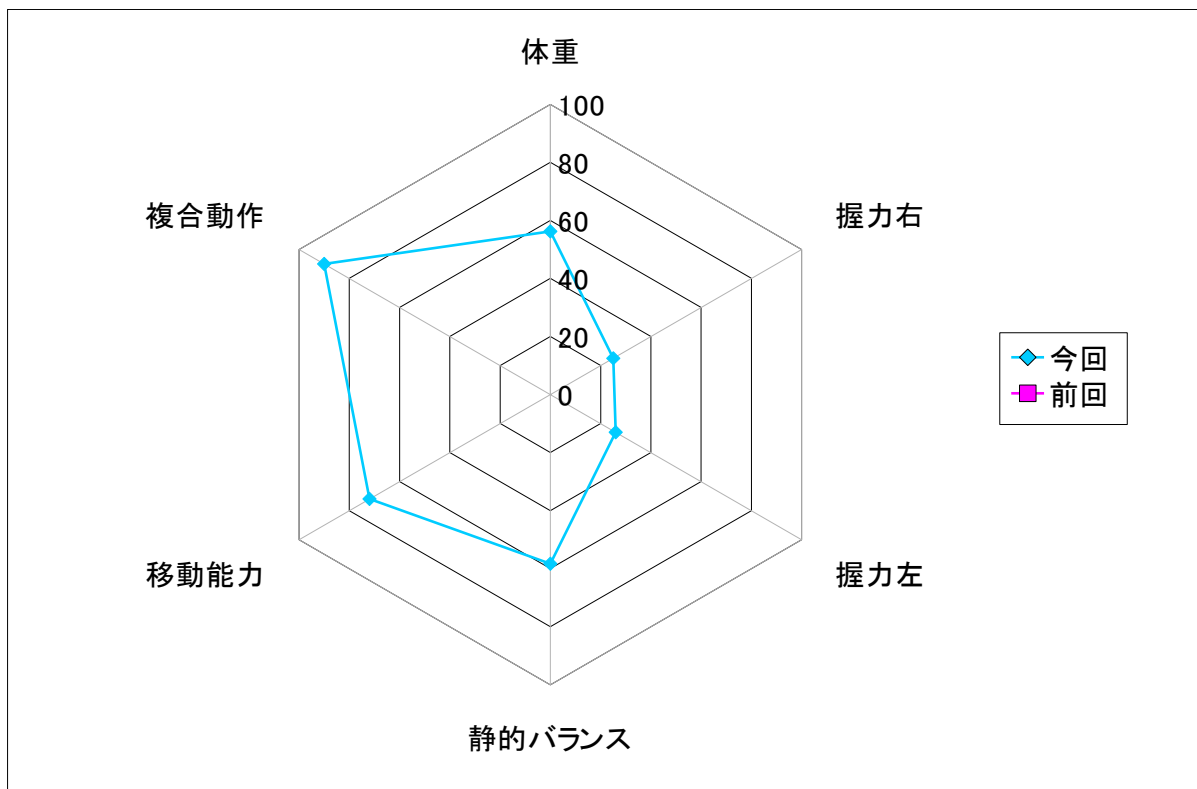
今回の体力測定の結果は以下のとおりでした。

測定項目	今回 令和2年4月1日	前回
体重	56.20 Kg	Kg
握力右	25.0 Kg	Kg
握力左	26.0 Kg	Kg
静的バランス	35 秒	秒
移動能力	28 秒	秒
複合動作	90.0 秒	秒

＜レーダーチャートの見方＞

中心から外側に広がるにつれてその測定項目の能力が高いことを示します。

移動能力については、値が小さいほうが外側に表示されます。



※測定項目について

ひとりひとりの安全性を考慮して体力測定を行っていますので、場合によっては測定していない項目があります。

業務帳票

■ 掲示板

タイトル	利用者　●●さんの担当学会議を、開催します。		
区分	重要	作成者	* 玉　あや*
表示期限	令和3年6月2日	開催日	令和2年4月15日
内容			
利用者　●●さんの担当学会議を、開催します。			
日時：R 2 / 4 / 1 5　10：00～11：00			
場所：相談員室			
議題：X X X X			
時間になりましたら、お集まり下さい。			
添付			
1	01-07 主治医意見書_000001. pdf		
宛先			
1	* 京　一 *		
2	* 知　小 *		
3	* 玉　あや *		
4	* 井　十 *		

■様式 A A4

1011

* 賀 三 * 様

利用期間

* 賀 三 * 様

発行日 令和2年5月11日

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

●●●病院

管理者：* 松 吉 *

TEL : 099-XXX-XXXX

請求書番号

83

居宅介護支援事業所

ケアセンター「み●●」

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
5,794	5,794					
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 5,794	②	③ 8,740	④		
	医療保険分	医療負担分				
		⑤				

請求金額	14,534 円
①+②+③-④+⑤	(内消費税 10%:0円 8%:0円)
医療費控除対象金額	5,794 円

前月までの未収額	161,860 円
合計請求額	176,394 円

自費分

[illegible]

* ・ ・ 内税(10%) 外 ・ ・ 外税(10%) ★ ・ ・ 内税(8%) 軽 ・ ・ 外税(8%)

■ 様式 A A4

利用者番号 1011

891-0115

* 賀 三 * 様

鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 賀 三 * 様

発行日 令和2年5月11日

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

●●●病院

管理者：* 松 吉 *

TEL : 099-XXX-XXXX

領收書

請求書番号 83 居宅介護支援事業所

ケアセンター「み●●」

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
5,794	5,794					
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 5,794	②	③ 8,740	④		
	医療保険分	医療負担分				
		⑤				

請求金額	14,534 円
①+②+③-④+⑤	(内消費税 10%:0円 8%:0円)
医療費控除対象金額	5,794 円

前月までの 未収額	161,860 円
合計 請求額	176,394 円

保 險 分

自費分

[illegible]

※備考

*・・内税(10%) 外・・外税(10%) ★・・内税(8%) 軽・・外税(8%)

891-0115

* 賀 三 * 様

鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

利用期間

令和2年4月1日　～　令和2年4月30日

* 賀 三 * 様

入金日 令和2年5月11日

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

●●●病院

管理者：* 松 吉 *

TEL : 099-XXX-XXXX

請求書 (控)

請求書番号 83 居宅介護支援事業所
ケアセンター「み●

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
5,794	5,794					
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 5,794	②	③ 8,740	④		
	医療保険分	医療負担分				
		⑤				

請求金額	14,534 円
①+②+③-④+⑤	(内消費税 10%:0円 8%:0円)
医療費控除対象金額	5,794 円

保 險 分

自費分

[illegible]

※備考

請求書

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

利用者番号 1011

* 賀 三 * 様 氏 名

* 賀 三 * 様

請求金額 14,534 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	5,794
保険内金額①	5,794
保険外金額②	
減免金額③	

医療保険請求額 (④)	
保険分金額合計	
保険分利用者負担④	

その他費用合計	8,740
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	5,794 円
---------------	---------

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
訪問リハビリ 1	292	18		
訪問リハ短期集中リハ加算	200	1		
訪問リハマネジメント加算Ⅰ	230	1		
訪問リハサービス提供体制加算	6	18		
交通費	850	10		8,500
おむつ代A	120	2		240

[illegible]

※備考

前月までの未収額	161,860
合計請求額	176,394

請求書 (控)

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地
利用者番号 1011
*賀 三*様 氏 名 *賀 三* 様

請求金額 14,534 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	5,794
保険内金額①	5,794
保険外金額②	
減免金額③	

医療保険請求額 (④)	
保険分金額合計	
保険分利用者負担④	

その他費用合計	8,740
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	5,794 円
---------------	---------

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
訪問リハビリ 1	292	18		
訪問リハ短期集中リハ加算	200	1		
訪問リハマネジメント加算Ⅰ	230	1		
訪問リハサービス提供体制加算	6	18		
交通費	850	10		8,500
おむつ代A	120	2		240

[illegible]

※備考

前月までの未収額	161,860
合計請求額	176,394

■様式D A5

利用者番号 1011

領収書

賀 三 様

請求日 令和2年5月11日

ご利用期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

請求金額	特定点数※1
14,534	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	

特定点数※1欄には
特別療養加算と特定
治療点数の合計が表
示されます。

※備考

請求書番号 83

医療費控除 対象金額	減免金額
¥5,794	

令和2年4月 ご利用日

日	月	火	水	木	金	土
			①	②	3	4
5	6	⑦	8	⑨	10	11
12	13	⑭	15	⑯	17	18
19	20	⑳	22	㉓	24	25
26	27	㉔	29	㉖		

サービス内訳	単位	回数
訪問リハビリ 1	292	18
訪問リハ短期集中リハ加算	200	1
訪問リハマネジメント加算 I	230	1
訪問リハサービス提供体制加算	6	18

自費利用料内訳	単価	回数	税	金額
交通費	850	10		8,500
おむつ代A	120	2		240

*・・・内税(10%) 外・・・外税(10%)	★・・・内税(8%) 軽・・・外税(8%)
前月までの未収額	0
合計請求額	14,534

■様式D A5

利用者番号 1011

請求書（控）

＊賀 三＊ 様

入金日 令和2年5月11日

ご利用期間 令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日

請求金額	特定点数※1
14,534	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	

※備考

特定点数※1欄には
特別療養加算と特定
治療点数の合計が表
示されます。

請求書番号 83

医療費控除 対象金額	減免金額
¥5,794	

令和2年4月 ご利用日

日	月	火	水	木	金	土
			①	②	3	4
5	6	⑦	8	⑨	10	11
12	13	⑭	15	⑯	17	18
19	20	⑳	22	㉓	24	25
26	27	㉘	29	㉚		

サービス内訳	単位	回数
訪問リハビリ 1	292	18
訪問リハ短期集中リハ加算	200	1
訪問リハマネジメント加算 I	230	1
訪問リハサービス提供体制加算	6	18

自費利用料内訳	単価	回数	税	金額
交通費	850	10		8,500
おむつ代A	120	2		240

＊・・・内税(10%) 外・・・外税(10%) ★・・・内税(8%) 軽・・・外税(8%)

■様式D A5

利用者番号 1011

領収書（控）

＊賀 三＊ 様

入金日 令和2年5月11日

ご利用期間 令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日

請求金額	特定点数※1
14,534	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	

特定点数※1欄には
特別療養加算と特定
治療点数の合計が表
示されます。

※備考

請求書番号 83

医療費控除 対象金額	減免金額
¥5,794	

令和2年4月 ご利用日

日	月	火	水	木	金	土
			①	②	3	4
5	6	⑦	8	⑨	10	11
12	13	⑭	15	⑯	17	18
19	20	⑳	22	㉓	24	25
26	27	㉘	29	㉚		

サービス内訳	単位	回数
訪問リハビリ 1	292	18
訪問リハ短期集中リハ加算	200	1
訪問リハママネジメント加算 I	230	1
訪問リハサービス提供体制加算	6	18

自費利用料金内訳	単価	回数	税	金額
交通費	850	10		8,500
おむつ代A	120	2		240

＊・・・内税(10%) 外・・・外税(10%) ★・・・内税(8%) 軽・・・外税(8%)

■様式 E A5

請求書

利用者番号 1011
* 賀 三 * 様

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

請求日 令和2年5月11日

* 賀 三 * 様

請求金額	
14,534	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	
①の合計	
前月までの未収額	161,860
合計請求額	176,394

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	5,794	5,794
保険外金額		軽減金額合計 ②
その他費用	8,740	
		食費居住費

令和2年4月 のご利用日
日 月 火 水 木 金 土
 ① ② 3 4
5 6 ⑦ 8 ⑨ 10 11
12 13 ⑭ 15 ⑯ 17 18
19 20 ⑰ 22 ⑳ 24 25
26 27 ⑳ 29 ㉑

[請求明細]			
訪問リハビリ[ご利用期間:1日~30日]		計:	5,794
訪問リハビリ1	18	×	292
訪問リハ短期集中リハ加算	1	×	200
訪問リハマネジメント加算 I	1	×	230
訪問リハサービス提供体制加算	18	×	6
その他費用 訪問リハビリ[ご利用期間:1日~30日]		計:	8,740
交通費	10	×	850
おむつ代A	2	×	120

[請求明細]	

■様式 E A5

領収書

利用者番号 1011
* 賀 三 * 様

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
* 賀 三 * 様

請求日 令和2年5月11日	
請求金額	
14,534	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	
①の合計	
前月までの未収額	161,860
合計請求額	176,394

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	5,794	5,794
保険外金額		軽減金額合計 ②
その他費用	8,740	
		食費居住費

領収印	
-----	--

令和2年4月のご利用日
日 月 火 水 木 金 土
 ① ② 3 4
5 6 ⑦ 8 ⑨ 10 11
12 13 ⑭ 15 ⑯ 17 18
19 20 ⑰ 22 ⑳ 24 25
26 27 ㉑ 28 ㉒ ㉓

[請求明細]		
訪問リハビリ[ご利用期間:1日~30日]	計:	5,794
訪問リハビリ1	18 ×	292
訪問リハ短期集中リハ加算	1 ×	200
訪問リハマネジメント加算 I	1 ×	230
訪問リハサービス提供体制加算	18 ×	6
その他費用 訪問リハビリ[ご利用期間:1日~30日]	計:	8,740
交通費	10 ×	850
おむつ代A	2 ×	120

[請求明細]	

■様式 E A5

請求書（控）

利用者番号 1011
* 賀 三 * 様

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

入金日 令和2年5月11日

* 賀 三 * 様

請 求 金 額
14,534
(内消費税 10%:0円 8%:0円)
①の合計
領 収 金 額
14,534

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	5,794	5,794
保険外金額		軽減金額合計 ②
その他費用	8,740	
		食費居住費

令和2年4月 のご利用日
日 月 火 水 木 金 土
1 2 3 4
5 6 7 8 9 10 11
12 13 14 15 16 17 18
19 20 21 22 23 24 25
26 27 28 29 30

[請求明細]			[請求明細]		
訪問リハビリ[ご利用期間:1日~30日]					
	計:	5,794			
訪問リハビリ1	18	×	292		
訪問リハ短期集中リハ加算	1	×	200		
訪問リハマネジメント加算Ⅰ	1	×	230		
訪問リハサービス提供体制加算	18	×	6		
その他費用 訪問リハビリ[ご利用期間:1日~30日]			計:	8,740	
交通費	10	×	850		
おむつ代A	2	×	120		

■様式 E A5

領収書（控）

利用者番号 1011
* 賀 三 * 様

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

入金日 令和2年5月11日

* 賀 三 * 様

請 求 金 額
14,534
(内消費税 10%:0円 8%:0円)
①の合計
領 収 金 額
14,534

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	5,794	5,794
保険外金額		軽減金額合計 ②
その他費用	8,740	
		食費居住費

領収印	
-----	--

令和2年4月のご利用日
日 月 火 水 木 金 土
 ① ② 3 4
5 6 ⑦ 8 ⑨ 10 11
12 13 ⑭ 15 ⑯ 17 18
19 20 ⑰ 22 ⑳ 24 25
26 27 ㉘ 29 ㉚

[請求明細]				[請求明細]			
訪問リハビリ[ご利用期間:1日~30日]							
	計:	5,794					
訪問リハビリ1	18	×	292				
訪問リハ短期集中リハ加算	1	×	200				
訪問リハマネジメント加算Ⅰ	1	×	230				
訪問リハサービス提供体制加算	18	×	6				
その他費用	訪問リハビリ[ご利用期間:1日~30日]	計:	8,740				
交通費	10	×	850				
おむつ代A	2	×	120				

■様式 F A5

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町X X X 番地

請求書

利用者番号 1011

氏 名 *賀 三* 様

請求金額 14,534 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	5,794
保険内金額①	5,794
保険外金額②	
減免金額③	

医療保険請求額 (④)	
保険分金額合計	
保険分利用者負担④	

その他費用合計	8,740
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	5,794 円
---------------	---------

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
訪問リハビリ 1	292	18		
訪問リハ短期集中リハ加算	200	1		
訪問リハマネジメント加算 I	230	1		
訪問リハサービス提供体制加算	6	18		
交通費	850	10		8,500
おむつ代A	120	2		240

※備考

前月までの未収額	161,860
合計請求額	176,394

発行日 令和2年5月11日
請求期間 令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日
請求書番号 83

サービス ① ② 3 4 5 6 ⑦ 8 ⑨ 10
提供日 11 12 13 ⑭ 15 ⑮ 17 18 19 20
⑳ 22 ㉓ 24 25 26 27 ㉔ 29 ㉕

居宅介護支援事業所
ケアセンター「み●●」

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

・・・内税(10%) 外・・・外税(10%) ★・・・内税(8%) 軽・・・外税(8%)

■様式 F A5

領収書

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町X X X 番地

利用者番号 1011

氏 名 *賀 三* 様

請求金額 14,534 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	5,794
保険内金額①	5,794
保険外金額②	
減免金額③	

医療保険請求額 (④)	
保険分金額合計	
保険分利用者負担④	

その他費用合計	8,740
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	5,794 円
---------------	---------

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
訪問リハビリ 1	292	18		
訪問リハ短期集中リハ加算	200	1		
訪問リハマネジメント加算 I	230	1		
訪問リハサービス提供体制加算	6	18		
交通費	850	10		8,500
おむつ代A	120	2		240

※備考

前月までの未収額	161,860
合計請求額	176,394

発行日 令和2年5月11日
請求期間 令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日
請求書番号 83

サービス ① ② 3 4 5 6 ⑦ 8 ⑨ 10
提供日 11 12 13 ⑭ 15 ⑮ 17 18 19 20
⑳ 22 ㉓ 24 25 26 27 ㉔ 29 ㉕

居宅介護支援事業所
ケアセンター「み●●」

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

・・・内税(10%) 外・・・外税(10%) ★・・・内税(8%) 軽・・・外税(8%)

■様式 F A5

請求書（控）

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地

利用者番号 1011

＊賀 三＊ 様 氏 名 ＊賀 三＊ 様

請求金額 14,534 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	5,794
保険内金額①	5,794
保険外金額②	
減免金額③	

医療保険請求額 (④)	
保険分金額合計	
保険分利用者負担④	

その他費用合計	8,740
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	5,794 円
---------------	---------

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
訪問リハビリ 1	292	18		
訪問リハ短期集中リハ加算	200	1		
訪問リハマネジメント加算 I	230	1		
訪問リハサービス提供体制加算	6	18		
交通費	850	10		8,500
おむつ代A	120	2		240

※備考

入金日 令和2年5月11日
請求期間 令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日
請求書番号 83

サービス ① ② 3 4 5 6 ⑦ 8 ⑨ 10
提供日 11 12 13 ⑭ 15 ⑮ 17 18 19 20
⑳ ㉑ ㉒ ㉓ 24 25 26 27 ㉔ 29 ㉕

居宅介護支援事業所
ケアセンター「み●●」

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

＊・・・内税(10%) 外・・・外税(10%) ★・・・内税(8%) 軽・・・外税(8%)

■様式 F A5

領収書（控）

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地

利用者番号 1011

＊賀 三＊ 様 氏 名 ＊賀 三＊ 様

請求金額 14,534 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	5,794
保険内金額①	5,794
保険外金額②	
減免金額③	

医療保険請求額 (④)	
保険分金額合計	
保険分利用者負担④	

その他費用合計	8,740
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	5,794 円
---------------	---------

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
訪問リハビリ 1	292	18		
訪問リハ短期集中リハ加算	200	1		
訪問リハマネジメント加算 I	230	1		
訪問リハサービス提供体制加算	6	18		
交通費	850	10		8,500
おむつ代A	120	2		240

※備考

入金日 令和2年5月11日
請求期間 令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日
請求書番号 83

サービス ① ② 3 4 5 6 ⑦ 8 ⑨ 10
提供日 11 12 13 ⑭ 15 ⑮ 17 18 19 20
⑳ 22 ㉑ 24 25 26 27 ㉒ 29 ㉓

居宅介護支援事業所
ケアセンター「み●●」

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

＊・・・内税(10%) 外・・・外税(10%) ★・・・内税(8%) 軽・・・外税(8%)

納入通知書
(納付書)
領収書

番号		納入者	*賀三様
令和2年度収入			
金額		14,534円	
納入期限		令和2年5月27日	
納入場所		●●●病院	
訪問リハビリ 利用料(4月分)			
発行年月日		令和2年5月10日	
上記の金額を納入してください XXXX会XXX XXXX会XXX所長 XXX XXXX			
上記の金額を領収しました			領収印

納入書

番号		納入者	*賀三納
令和2年度収入			
金額		14,534円	
納入期限		令和2年5月27日	
納付金の内容 訪問リハビリ 利用料(4月分)			
発行年月日		令和2年5月10日	
上記の金額を納入してください (株)XXX銀行XXX支店 御中			
預金口座 XXX銀行 XX支店 普通預金 No. XXX 口座名義人 XXXX法人 XXXXXXXX 理事長			収納印

収入済通知書

番号		納入者	*賀三納
令和2年度収入			
金額		14,534円	
納入期限		令和2年5月27日	
収入金の内容 (納付金) 訪問リハビリ 利用料(4月分)			
発行年月日		令和2年5月10日	
上記の金額を収納しました XXXX会XXX出納員殿			
預金口座 XXX銀行 XX支店 普通預金 No. XXX			収納印

業務日誌

			事務長	主任	担当

●●●●病院

令和2年4月1日(水)		天 気		晴れ		作成者		* 知 小 *	
勤務者 3 人									
* 阜 梅 * (作業療法士)、* 阪 太 * (理学療法士)、* 知 小 * (理学療法士)									
行事									
担当者会議									
訪問利用者	早朝	男性	0 名	女性	0 名	合計	0 名	未実施	0 名
	日中	男性	2 名	女性	0 名	合計	2 名	未実施	0 名
	夜間	男性	0 名	女性	0 名	合計	0 名	未実施	0 名
	深夜	男性	0 名	女性	0 名	合計	0 名	未実施	0 名
	合計	男性	2 名	女性	0 名	合計	2 名	未実施	0 名
* 原 三 *、* 島 二 *									
利用者番号		利用者氏名		訪問開始時間		訪問終了時間		訪問者氏名	
		* 島 二 *		15:00		15:40			
1021		* 原 三 *		09:00		09:59			
要注意・観察者									
* 賀 三 * (最低血圧)									
利用者		申し送り内容							
* 賀 三 *		本日より、歩行・移乗訓練開始							
特記事項									
理学療法士(1人)、理学療法士(1人)、作業療法士(1人)、看護師(1人)									
理学療法士		* 知 小 *							
理学療法士		* 阪 太 *							
作業療法士		* 阜 梅 *							
看護師		* 玉 あや *							
その他									
項目		内容							

訪問ケア項目ケア内容別男女別集計				
ケア項目	ケア内容	男	女	合計
サービス準備・記録録等	サービス準備・記録録等	1	0	1
リハビリ	機能回復訓練	1	0	1
リハビリ	基本的動作訓練	0	0	0
リハビリ	コミュニケーション訓練	0	0	0
リハビリ	応用的動作訓練	0	0	0
リハビリ	自己訓練練習	0	0	0
リハビリ	マッサージ	0	0	0
リハビリ	社会適応練習	0	0	0
介護指導	介護指導	1	0	1
その他	その他	0	0	0

相談記録(利用希望を含む)

利用者氏名 * 石 京 * 殿

計画作成者氏名 * 玉 あや *

[illegible]

苦情記録

利用者氏名 * 賀 三 * 殿

計画作成者氏名 * 玉 あや *

[illegible]

ヒヤリ・ハット記録

利用者氏名 * 賀 三 * 殿

計画作成者氏名 * 玉 あや *

[illegible]

アクシデントレポート（事故報告書）

報告日 令和2年4月11日（木）

1 サービス事業者の概要

法人名	医療法人 X X 会	報告者名	* 玉 あや *	(職種 社会福祉士)
事業所名	●●●病院	管理者名	* 阜 梅 *	
事業所住所	鹿児島県鹿児島市池之上町 X X X X 番地			
電話番号	099-XXX-XXXX	FAX番号		

2 利用者の状況

氏名	* 石 京 *	保険者名	北区	被保険者番号	00XXXXXXXX
生年月日	昭和14年6月16日 (80 歳)	性別	男 ・ 女	要介護度	要介護 4
住所	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 2 4				
利用者の生活状況	介護サービス 訪問リハ 週1回利用				
認知症の状況	I	影響レベル	レベル1		

3 事故の概要

発生日時	令和2年4月1日（水）10時00分		
発生場所	利用者宅 食堂		
事故の内容	転倒、その他、頭から転倒、意識なし		
発生時の状況	椅子から立ち上がる時、転倒		
事故発生時の対応・経過			
年月日	時刻	状況と対応	反応
R2/4/1	10:00	すぐ救急車を呼ぶ、家族へ報告	意識なし、脈あり
R2/4/1	10:20	救急者へ同乗	呼びかけにも反応なし
R2/4/1	10:35	病院到着、看護師へ状況説明	
R2/4/1	11:30	安静必要の診断結果	意識は取り戻された
R2/4/1	11:49	家族へ報告	
発生要因・原因と思われるもの	利用者、職員、体調について、十分な把握が出来ていなかった。		

4 事故発生後の対応

利用者の現在の状況	●●●病院 入院、食事は摂れる様になったが、安静にされている。		
家族への報告・説明内容	転倒時の状況とその後の診察結果及び入院先について報告		
損害賠償等の対応状況	なし		
再発防止に向けた対応策等	4月2日 担当者会議にて対応策検討 通院記録のチェック及び栄養状態について確認		
行政への連絡	上記の通り実施	ケース検討日	令和2年4月2日（木）
結果	対応策の徹底		

アクシデントレポート（事故報告書）

報告日 令和2年4月11日（木）

[illegible]

年月日	時刻	状況と対応	反応
発生要因・原因と思われるもの 利用者、職員、体調について、十分な把握が出来ていなかった。			
利用者の現在の状況 ●●病院 入院、食事は摂れる様になったが、安静にされている。			
家族への報告・説明内容 転倒時の状況とその後の診察結果及び入院先について報告			
損害賠償等の対応状況 なし			
再発防止に向けた対応策等 4月2日 担当者会議にて対応策検討 通院記録のチェック及び栄養状態について確認			
行政への連絡	上記の通り実施	ケース検討日	令和2年4月2日（木）
結果 対応策の徹底			職責

インシデントレポート

報告日 令和2年4月15日（水）

1 サービス事業者の概要

法人名	医療法人 X X 会	報告者名	* 玉 あや *	(職種 社会福祉士)
事業所名	●●●病院	管理者名	* 阜 梅 *	
事業所住所	鹿児島県鹿児島市池之上町 X X X X 番地			
電話番号	099-XXX-XXXX	FAX番号		

2 利用者の状況

氏名	* 石 京 *	保険者名	北区	被保険者番号	0024939400
生年月日	昭和14年6月16日 (80 歳)	性別	男 ・ 女	要介護度	要介護 4
住所	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 2 4				
利用者の生活状況	訪問リハ 週 1 回利用				
認知症の状況	I	影響レベル	レベル1		

3 事故の概要

発生日時	令和2年4月7日（火）13時30分		
発生場所	リハ室		
事故の内容	転倒、打撲・捻挫・脱臼、異食・誤嚥、左手首の打撲		
発生時の状況	椅子から立ち上がる際に転倒し、手首を負傷		
事故発生時の対応・経過			
年月日	時刻	状況と対応	反応
R2/4/7	13:30	転倒による手首打撲、家族へ報告	物が掴めない
R2/4/7	13:40	病院まで同行	
R2/4/7	13:50	看護師へ状況説明、診察	手首の腫れあり
R2/4/7	14:00	診察完了、家族へ報告	骨に異常なし、痛みのみ
R2/4/7	14:12	担当ケアマネに報告	対応策について、調整
発生要因・原因と思われるもの	利用者、職員、何かに掴まらなないと立ち上がれなくなっている。利用者状態の把握ミス		

4 事故発生後の対応

利用者の現在の状況	自宅で安静にされている。痛み止め、服薬中。		
家族への報告・説明内容	事故発生時の状況と診察結果及び対策について説明		
損害賠償等の対応状況	なし		
再発防止に向けた対応策等	担当者会議で対応策検討。ケア内容変更。		
行政への連絡	なし	ケース検討日	令和2年4月8日（水）
結果	ケア内容の見直しと家族への説明を実施し、了承頂いた。		

インシデントレポート

報告日 令和2年4月15日（水）

[illegible]

年月日	時刻	状況と対応	反応
発生要因・原因と思われるもの 利用者、職員、何かに掴まないと立ち上がれなくなっている。利用者状態の把握ミス			
利用者の現在の状況 自宅で安静にされている。痛み止め、服薬中。			
家族への報告・説明内容 事故発生時の状況と診察結果及び対策について説明			
損害賠償等の対応状況 なし			
再発防止に向けた対応策等 担当者会議で対応策検討。ケア内容変更。			
行政への連絡	なし	ケース検討日	令和2年4月8日（水）
結果 ケア内容の見直しと家族への説明を実施し、了承頂いた。			職責

■事業所ラベル

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

介護老人保健施設 ●苑

御中

891-0115

鹿児島県鹿児島市鴨池新町×××番地

介護老人保健施設 ●苑

御中

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

介護老人保健施設 ●苑

御中

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

グループホーム●風

御中

899-0121

鹿児島県出水市米ノ津町×××番地

ケアセンター「み●●」

御中

890-0073

鹿児島県鹿児島市宇宿×××番地

センチュリー ●●台

御中

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町×××

東●●●地域包括支援センター

御中

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

定期・随時巡回 ゆ●●

御中

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

●●●病院

御中

処方箋

利用者番号: 1024

利用者	氏名	*ムタサ*			(病歴・主治医情報)
		牟田 三			
	生年月日	昭和14年8月25日	男	80歳	主治医: *村 陽*
No	処方内容				記録日: 令和2年4月1日
1	1. アムロジン錠5mg 昼食後 昼				1錠 R2/4/1~R2/4/30
	- 以下余白 -				
備考					

処方箋(控え)							利用者番号: 1024	
利用者	氏名	*ムタサ*			(病歴・主治医情報)			
		牟田 三						
	生年月日	昭和14年8月25日	男	80歳	主治医: *村 陽*			
No	処方内容						記録日: 令和2年4月1日	
1	1. アムロジン錠5mg 昼食後						1 錠	R2/4/1~R2/4/30
							- 以下余白 -	
備考								

会議名	退院後の訪問指導		司会者	* 玉 あや *
			記録者	* 知 小 *
作成日	令和03年04月01日			
開催日時	令和03年04月01日 10:00 ~ 12:00			
カンファレンス出席者	* 知 小 * (理学療法士)、* 阪 太 * (理学療法士)、* 阜 梅 * (作業療法士)、* 木 あざ * (看護師)			
利用者基本情報	氏名	* 賀 三 * 様		
	介護度	要介護 4		

【各職種からのコメント】

1	理学療法士	入院中に車椅子移乗の方法、介助方法を本人・家族に指導し退院。退院後病院にて使用していたベッド、ベッド柵、車椅子と同じものではないため使用方法に戸惑いが生じ、指導内容が十分に発揮されていなかったため訪問確認必要。
	看護師	退院時に麻痺が回復段階にあり継続介入することでADLの介助量が軽減できる可能性があります。
3	理学療法士	歩行器を導入したが操作方法に不慣れで、自宅の環境に合わせた操作方法の習得が必要です。

【特記事項】

在宅生活の状況が把握しにくい、指導後の評価が出来ていない。

【利用継続】 ☒ 可 ☐ 否 検討

実際の生活場面で評価・指導し在宅生活の維持を援助する。

その他

- 利用者台帳 カスタマイズ運用例

診療録

ID		1000		介護保険者番号		011007	
受 診 者	フリガナ	*ㇿに ㇿ*			被保険者証番号	0012000000	
	氏 名	*国 良*			有効期限	令和02年12月31日	
	生年月日	昭和14年07月29日	生	男・㊟	要介護区分	要介護 2	
	住 所	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1					
	連絡先	099-XXX-XXXX		居宅介護支援事業所			

傷 病 名	開 始	終 了	転 帰 期間終了予定日
脳梗塞	令和 1 年 5 月		治ゆ・死亡・中止 年 月 日
高血圧	令和 1 年10月		治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日

備考	医療保険に係る保険者番号等情報
----	-----------------

既往症・原因・主要症状・経過等	処方・手術・処置等
受診 R 2.1.10 X X X 病院 既往 脳梗塞、高血圧 原因 アテローム血栓性脳梗塞 主訴 麻痺や感覚障害 経過 頭部CT、および脳MRIの検査で、まず脳卒中の症状は起きていない。生活習慣の改善に努める。 1/10 X X X 入院 1/11 持参薬中止、抗血小板薬投与 1/16 頸動脈内皮剥離術（CEA）実施 経過観察中	ラクナ梗塞やアテローム血栓症に対して抗血小板薬による薬物治療で十分に改善していないので外科治療により頸動脈内皮剥離術（CEA）という手術によってプラークを除去する。

《基本情報》

フリガナ	*ワケニ ヨシ*	男・女	昭和14年07月29日	生 (81) 歳
本人氏名	*国 良*			
居住地	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1	TEL	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX	

《緊急時情報》

緊急時の連絡先	氏 名	続柄	電話番号	携帯番号	郵便番号	住所
	国 芳	長男	099-26X-XXXX	090-1XXX-2XXX	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
	国 ニ	次男	099-XXXX-XXXX	090-XXXX-XXXX	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

《保険情報》

介護保険	認定開始日	認定終了日	被保険者番号	保険者番号	要介護度等	交付年月日	認定年月日
	R02/01/01	R02/12/31	0012000000	011007	要介護 2		
医療保険	保険開始日	保険終了日	法制番号	保険者番号	記号	番号/受給者番号	本人/家族
	R02/02/01	R03/01/31	国保	9999	国保記号	1 2 3 4	本人

《自立度・現状・住環境・経済状況》

経済状況	厚生年金			
障害高齢者の日常生活自立度	A1	認知症高齢者の日常生活自立度	I	
障害等認定	種類	等級・種別等	手帳番号	障害名等

《生活状況》

今までの生活	現在のお住まいに30年程生活されており、家業の農家を手伝いながらお子様を育てられた。専業主婦兼農家での生活をされいままで、亡くなられたご主人と結婚されるまでは、近くの会社で事務をされており実家も農家であった。県外での生活などの経験はなくずっと地元での生活であった。特に旅行されることもなかった様である。	
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・過ごし方	趣味・楽しみ・特技
	朝6時に起床。 菜園場で1時間ほど手入れ。 8時頃朝食。殆ど昨日の夕食の残り。 ディサービスがない日はお昼までTVを見る。 お昼は軽く食事。宅配サービスも利用。 昼食後は2時間程度お昼寝。 お嫁さんが来てくれた日はお話もするが 殆どTVを見て過ごすか、庭の手入れをして過ごす。 夕方には菜園を見にいかれる。	菜園 TV鑑賞 料理は好き 友人・地域との関係 あまり交流がない。 老人会への参加も少ない。

《現病歴・既往歴情報》

現病歴・既往歴・主治医	年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)	
	2015年頃	脳梗塞	●●病院 ●本 一●	TEL 099-XXX-XXXX
	2000年頃	高血圧	南●●クリニック ●村 陽●	TEL 099-XXX-XXXX
				TEL
				TEL
				TEL
				TEL
				TEL

《処方薬》

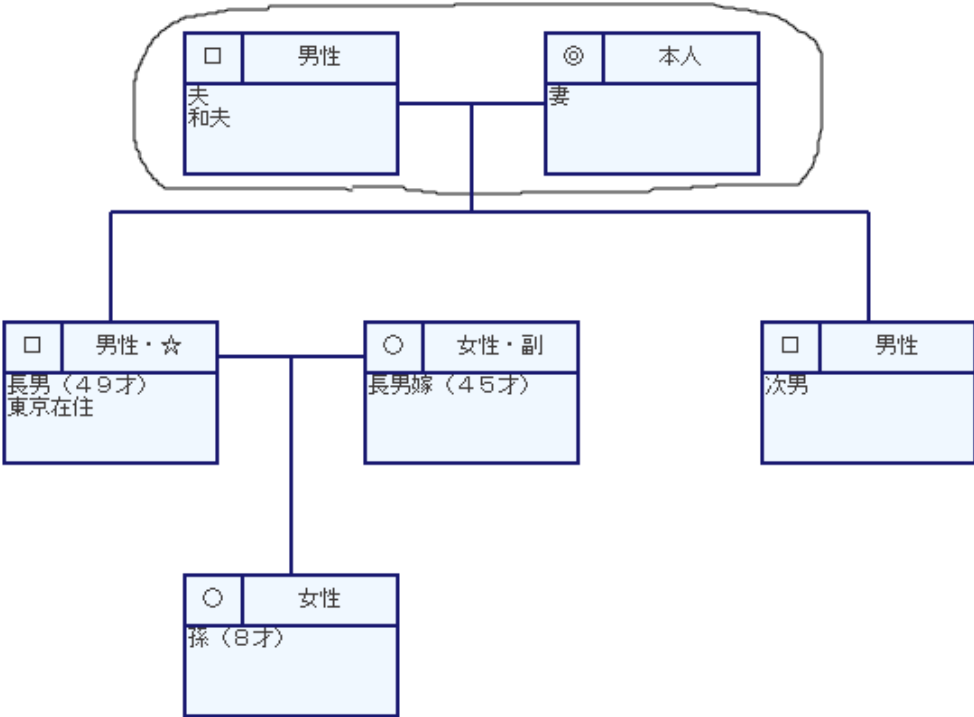
処方薬	薬剤名称	処方区分	剤形	用量	単位	朝	昼	夕	寝	随	用法
	アムロジン錠5mg	内服薬	錠剤	2	錠				○		就寝前

《ADL・IADL》

ADL	項目名	評 価	備 考
	歩行	遅いが自立	
	服薬管理	自立	
	財産取り扱い	自立	
	食事	自立	神経痛による手のしびれが緩和され概ね自立された
	排泄	見守り必要	
IADL	項目名	評 価	備 考
	調理	一部介助	
	掃除・洗濯	一部介助	
	買物	一部介助	
	金銭管理	一部介助	
	服薬管理	一部介助	
	電話利用	自立	
	交通手段利用	一部介助	

フリガナ 本人氏名	*カニ ヨシ* *国 良*	男・ 女	昭和14年07月29日生(81)歳
--------------	------------------	-------------	---------------------

◎回＝本人、○＝女性、□＝男性
●■＝死亡、☆＝キーパーソン
主介護者に「主」
副介護者に「副」
(同居家族は○で囲む)



《家族情報》

家族構成	フリガナ 氏 名	生年月日	性別	続柄	緊急 連絡	介護者区分	電話番号	同居	職業
	カニ カズ		男	夫	不要		099-XXX-XXXX	同居	農業
	カニ ヨシ		男	長男	不要	主介護者	099-XXX-XXXX	別居	会社員
	カニ シ		男	次男	不要	副介護者	099-XXX-XXXX	別居	公務員
家族関係等の状況		長男家族はお嫁さんと娘さんが1人の3人家族でご本人の近所にお住まいです。次男さんは独身で市内の会社に勤務されています。							

《基本情報》

フリガナ 本人氏名	*ワケニ ヨシ*	男・ ☒ 女	昭和14年07月29日 生 (81) 歳	
居住地	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1		Tel	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX
	Fax	その他連絡方法		
住所地	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1		Tel	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX
	Fax	その他連絡方法		

《緊急時情報》

緊急時の 連絡先	氏 名	続柄	電話番号	FAX番号	郵便番号	住所	コメント
	国 芳	長男	099-26X-XXXX 090-1XXX-2XXX		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	
	国 ニ	次男	099-XXXX-XXXX 090-XXXX-XXXX		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	

《保険情報》

介護保険	認定開始日	認定終了日	適用開始日	適用終了日	被保険者番号	保険者番号	要介護度等	交付年月日	認定年月日
	R02/01/01	R02/12/31	R02/01/01	R02/12/31	0012000000	011007	要介護 2		
	H31/01/01	R01/12/31	H31/01/01	R01/12/31	0012000000	011007	要介護 2		
	H29/01/01	H29/12/31	H29/01/01	H29/12/31	0012000000	011007	要介護 2		

《自立度・現状・住環境・経済状況》

本人の状況	在宅			生活圏域			
世帯の状況		見守り状況		行政区			
住居環境	一戸建て	自宅	自室 有	階	建物名称		
住居環境 その他							
経済状況	厚生年金						
障害高齢者の日常生活自立度		A1		認知症高齢者の日常生活自立度			
				I			
障害等認定	種類	等級・種別等		手帳番号		障害名等	
	その他						

《利用サービス情報》

利用サービス	施設・事業者名	サービス名	利用開始日	利用終了日	その他
	花丸配食サービス	配食サービス	R02/01/01	R02/12/31	週 3 回
	移動支援	民間タクシー	R02/04/01	R02/12/31	家族支援が困難な場合に限る

《家族情報》

家族構成	フリガナ 氏 名	生年月日	性別	続柄	緊急 連絡	介護者区分	電話番号	同居	職業
	クニ カズ		男	夫	不要		099-XXX-XXXX	同居	農業
	国 和								
	**クニ ヨシ*		男	長男	不要	主介護者	099-XXX-XXXX	別居	会社員
	国 芳								
	クニ ジュ		男	次男	不要	副介護者	099-XXX-XXXX	別居	公務員
	国 二								
家族関係等の状況		長男家族はお嫁さんと娘さんが1人の3人家族でご本人の近所にお住まいです。次男さんは独身で市内の会社に勤務されています。							

《生活状況》

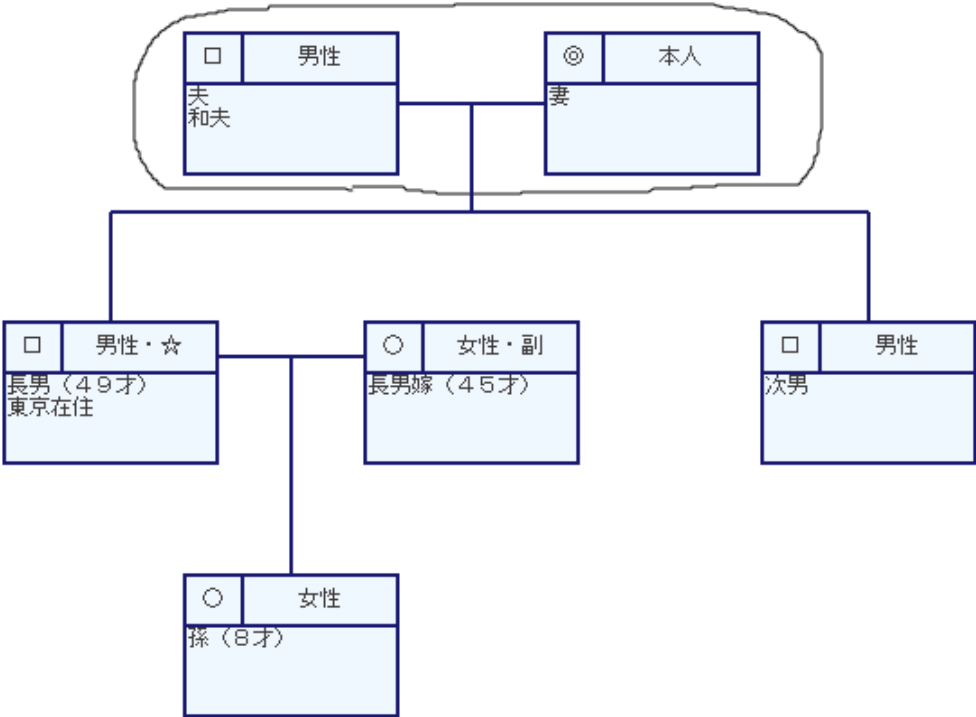
今までの生活	現在のお住まいに30年程生活されており、家業の農家を手伝いながらお子様を育てられた。専業主婦兼農家での生活をされいままで、亡くなられたご主人と結婚されるまでは、近くの会社で事務をされており実家も農家であった。県外での生活などの経験はなくずっと地元での生活であった。特に旅行されることもなかった様である。		
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
	朝6時に起床。 菜園場で1時間ほど手入れ。 8時頃朝食。殆ど昨日の夕食の残り。 ディサービスがない日はお昼までTVを見る。 お昼は軽く食事。宅配サービスも利用。 昼食後は2時間程度お昼寝。 お嫁さんが来てくれた日はお話もするが 殆どTVを見て過ごすか、庭の手入れをして過ごす。 夕方には菜園を見にいかれる。		菜園 TV鑑賞 料理は好き
	時間	本人	介護者・家族
	14時～16時	会話	長男嫁
			友人・地域との関係
			あまり交流がない。 老人会への参加も少ない。

《現病歴・既往歴情報》

現病歴・既往歴・主治医	年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
	2015年頃	脳梗塞	●●●病院 ●本 一●	T e l 099-XXX-XXXX	治療中 経観中 その他	
	2000年頃	高血圧	南●●●クリニック ●村 陽●	T e l 099-XXX-XXXX	治療中 経観中 その他	
				T e l	治療中 経観中 その他	
				T e l	治療中 経観中 その他	
				T e l	治療中 経観中 その他	

フリガナ 本人氏名	*カニ ヨシ* *国 良*	男・ 女	昭和14年07月29日生(81)歳
--------------	------------------	-------------	---------------------

◎回＝本人、○＝女性、□＝男性
●■＝死亡、☆＝キーパーソン
主介護者に「主」
副介護者に「副」
(同居家族は○で囲む)



《家族情報》

家族構成	フリガナ 氏 名	生年月日	性別	続柄	緊急 連絡	介護者区分	電話番号	同居	職業
	カニ カズ		男	夫	不要		099-XXX-XXXX	同居	農業
	カニ ヨシ		男	長男	不要	主介護者	099-XXX-XXXX	別居	会社員
	カニ シ		男	次男	不要	副介護者	099-XXX-XXXX	別居	公務員
家族関係等の状況		長男家族はお嫁さんと娘さんが1人の3人家族でご本人の近所にお住まいです。次男さんは独身で市内の会社に勤務されています。							

フリガナ	*ワケニ ヨシ*			性別	男・ ☒ 女	
氏 名	*国 良*					
生年月日	昭和14年07月29日		(81) 歳			
住 所	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地 1					
	TEL	099-XXX-XXXX	携帯	090-XXXX-XXXX		

介護保険	有効期間	被保険者番号	要介護度等	認定年月日
	R02/01/01 ~ R02/12/31	0012000000	要介護 2	

緊急時の連絡先	連絡先 1	氏 名	*国 芳*	続 柄	長男	
		住 所	〒 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地			
		電 話	099-26X-XXXX	携 帯	090-1XXX-2XXX	
		コメント				
	連絡先 2	氏 名	*国 ニ*	続 柄	次男	
		住 所	〒 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地			
		電 話	099-XXXX-XXXX	携 帯	090-XXXX-XXXX	
		コメント				

家族構成	フリガナ 氏 名	性別	続柄	電話番号	同居	職業
	ワケニ カズ	男	夫	099-XXX-XXXX	同居	農業
	国 和					
	**ワケニ ヨシ*					
	国 芳					
	**ワケニ ジョ*	男	次男	099-XXX-XXXX	別居	公務員
	国 ニ					
家族関係等の状況		長男家族はお嫁さんと娘さんが1人の3人家族でご本人の近所にお住まいです。 次男さんは独身で市内の会社に勤務されています。				

介護トータルシステム『寿』
訪問リハビリサービス 帳票サンプル

発行 令和 3年 7月