

介護トータルシステム『寿』

サービス付高齢者向け住宅サービス



帳票サンプル

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、個人名とは、一切関係がありません。

■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
入居者一覧
災害時要援護者基本情報
誕生者一覧
入所（居）利用者別利用状況
面会記録一覧表
ベッド利用状況一覧表

■実績関係帳票■

未収金一覧表
事業所別未収金一覧表
その他費用一覧表
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
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）
Barthel Index

■統計資料■

年齢別期間別利用者数
利用期間別介護度別利用者数
入所（居）状況別一覧表（入所状況／レセプトコード／統計コード）
退所（居）状況別一覧表（入所状況／レセプトコード／統計コード）
在所（居）日計表
利用終了者状況別流れ図表
施設利用者の状況（在所／入退所／退所）
サービス予定カレンダー（利用者別／スタッフ別）

目次

■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

課題整理総括表／ADLチャート

■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）

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・ <input checked="" type="radio"/> 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XXX番地XX	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》

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XXX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XXX番地	

《保険情報》

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		

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	入所系のサービスを、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	
				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》

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

利用者台帳

《ADL・IADL》

	項目名	評価	備考
ADL	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	
IADL	項目名	評価	備考
	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	

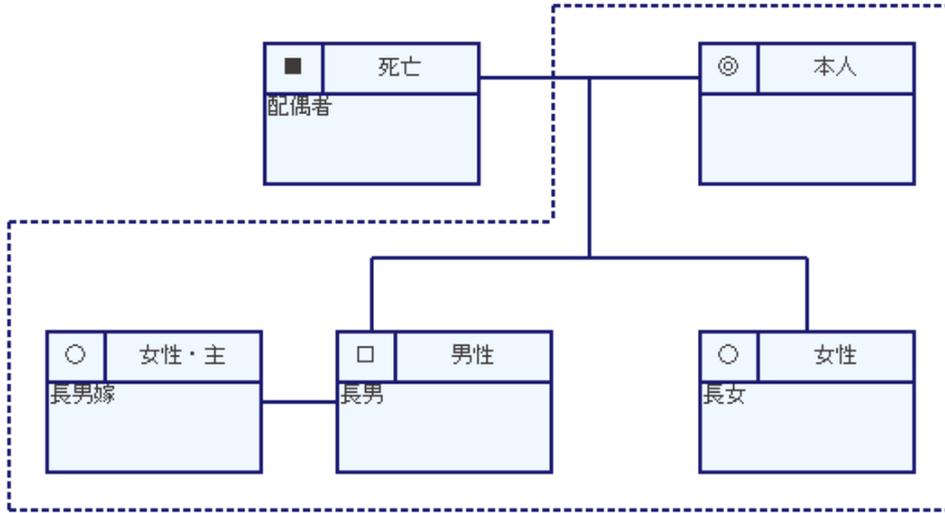
《主治医》

	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		
	住所：		
	電話番号：	FAX：	

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》

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
イシ 一	S39/09/10	男	長男	連絡する	副介護者	099-XXX-XXXX	同居	公務員
イシ 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04月20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	*石 京*	*シ キョウ*	女	S14/6/16	要介護4	R1/9/1	R2/8/31	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	099-265-xxxx	H25/1/1~	
2	*治 一*	*ジ カスナ*	男	S12/1/19	要介護3	R1/11/1	R2/10/31	*知 小*	891-0141	鹿児島市谷山1丁目X X X X番地	099-123-4789	H25/1/1~	
3	*子 三*	*コ サブ*	男	S14/7/2	要介護5	R1/5/1	R2/4/30	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	099-265-xxxx	H25/1/1~	
4	*川 花*	*カワ ハナ*	女	S14/3/17	要介護1	R1/8/1	R2/7/31	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	099-265-xxxx	H25/2/1~	
5	*谷 良*	*ヤ ヨシ*	女	S14/3/19	要介護2	R1/9/1	R2/8/31	*知 小*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	099-265-xxxx	H25/2/1~	
6	*国 良*	*クニ ヨシ*	女	S14/7/29	要介護2	R2/1/1	R2/12/31	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地1	099-265-xxxx	H25/2/1~	
7	*戸 京*	*ヘ キョウ*	女	S14/1/11	要介護3	R2/1/1	R2/12/31	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	099-265-xxxx	H25/3/1~	
8	*牟田 良*	*ムタ ヨシ*	女	S14/8/28	要介護3	R1/11/1	R2/10/31	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	099-265-xxxx	H25/3/13~	
9	*下 大*	*シタ ヤマ*	男	S15/5/17	要介護3	R1/10/1	R2/9/30	*玉 あや*	891-0116	鹿児島県鹿児島市上福元町X X X - X X X	099-265-xxxx	H25/4/1~	
10	*崎 スナ*	*サキ スナ*	女	S3/3/3	要介護3	R2/1/1	R2/12/31	*分 *	890-0034	鹿児島県鹿児島市田上X X X	099-265-xxxx	H25/4/22~	
11	*田 京*	*タ キョウ*	女	S30/5/1	要介護3	R1/5/1	R2/4/30	*玉 あや*	892-0802	鹿児島県鹿児島市清水町X X X番地	099-265-xxxx	H30/10/1~	

保険切れ一覧（全サービス）

終了日 R2/4/1 ~ R2/6/30

印刷日 R2/4/20

番号	氏名	生年月日	保険者番号	被保険者番号	介護度	T E L	住所	認定期間	適用終了日	担当者
1	*石京*	S30/5/1	462010	4633333XXX	要介護3		鹿児島県鹿児島市清水町XXX番地	R1/5/1 ~ R2/4/30	R2/4/30	
2	*保日*	S28/4/26	462010	4633333XXX	要支援2		鹿児島県鹿児島市清水町XXX番地	R1/5/1 ~ R2/4/30	R2/4/30	
3	*子り*	S20/10/10	462010	4633333XXX	要支援2		鹿児島県鹿児島市清水町XXX番地	R1/5/1 ~ R2/4/30	R2/4/30	
4	*子三*	S14/7/2	462010	4633333XXX	要介護5		鹿児島県鹿児島市清水町XXX番地	R1/5/1 ~ R2/4/30	R2/4/30	
								~		
								~		
								~		
								~		
								~		
								~		
								~		
								~		
								~		
								~		
								~		
								~		
								~		
								~		

【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10月29日
センチュリー ●●台 高齢者住宅

【前月末利用者数 10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	04/01	* 浜 一 *	要介護2	家庭		1	04/15	* 松 一 *		その他医療機関	H31/04
						2	04/30	* 浜 一 *	要介護2	家庭	H30/05

【当月末利用者数 9名】

■住所ラベル

891-0141
鹿児島市谷山XX丁目XXXX番地

* 治 一 *
(* 治 一 *) 様
様分)

891-0141
鹿児島市谷山XX丁目XXXX番地

* 城 三 *
(* 城 三 *) 様
様分)

891-0141
鹿児島市谷山XX丁目XXXX番地

* 城 良 *
(* 城 良 *) 様
様分)

891-0141
鹿児島市谷山XX丁目XXXX番地

* 川 花 *
(* 川 花 *) 様
様分)

891-0141
鹿児島市谷山XX丁目XXXX番地

* 子 三 *
(* 子 三 *) 様
様分)

891-0141
鹿児島市谷山XX丁目XXXX番地

* 谷 良 *
(* 谷 良 *) 様
様分)

891-0141
鹿児島市谷山XX丁目XXXX番地

* 路 良 *
(* 路 良 *) 様
様分)

891-0141
鹿児島市谷山XX丁目XXXX番地

* 路 りさ *
(* 路 りさ *) 様
様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地1

* 国 良 *
(* 国 良 *) 様
様分)

891-0141
鹿児島市谷山XX丁目XXXX番地

* 戸 京 *
(* 戸 京 *) 様
様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

* 戸 二 *
(* 戸 二 *) 様
様分)

主治医意見書

国 良

記入日

令和2年04月01日

申請者	(ふりがな) *くに よし*	男 女	〒 891-0115
	国 良		鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地1
	昭和14年07月29日 生 (80歳)		連絡先 099-XXX-XXXX

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XXX番地 FAX 099-XXX-XXXX

(1)最終診察日	令和2年03月25日
(2)意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目以上
(3)他科受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 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. 脳梗塞	発症年月日 (平成30年1月 頃)
2. 高血圧	発症年月日 (平成30年4月 頃)
3. _____	発症年月日 (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]

脳梗塞後遺症による右上下肢不全麻痺があるが、右手で軽いものなら持ち上げることができる。
 下肢については前回調査時はゆっくりと歩行可能だったが、現在は脚力低下のために杖を2本使った歩行である。

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	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスプレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置
失禁への対応	<input type="checkbox"/> 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) (該当する項目全てにチェック: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: _____ 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: 右下肢 程度: 軽 中 重)

関節の拘縮 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

関節の痛み (部位: _____ 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 (塩分の採り過ぎに注意が必要である。)

(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 (食事の管理) ・移動 特になし あり (_____)

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

・嚥下 特になし あり (_____) ・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ど意見を記載して下さい。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。)

主治医意見書

国良

記入日 令和2年04月01日

申請者 (ふりがな) *くに よし* 男 〒 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地1 *国良* 女 昭和14年07月29日 生 (80歳) 連絡先 099-XXX-XXXX 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XXX番地 FAX 099-XXX-XXXX

(1)最終診察日 令和2年03月25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. 脳梗塞 発症年月日(平成30年1月 頃) 2. 高血圧 発症年月日(平成30年4月 頃) 3. 発症年月日(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] 脳梗塞後遺症による右上下肢不全麻痺があるが、右手で軽いものなら持ち上げることができる。下肢については前回調査時はゆっくりと歩行可能だったが、現在は脚力低下のために杖を2本使った歩行である。

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 □いくら困難 □具体的要求に限られる □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: 専門医受診の有無 □有 () □無]

(5)身体の状態 利き腕(■右 □左) 身長= 150 cm 体重= 41 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: 右下肢 程度: ■軽 □中 □重) □関節の拘縮 (部位: 程度: □軽 □中 □重) □関節の痛み (部位: 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・生活上の留意点 (塩分の採り過ぎに注意が必要である。)

(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 (食事の管理) ・移動 ■特になし □あり () ・摂食 ■特になし □あり () ・運動 ■特になし □あり () ・嚥下 ■特になし □あり () ・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。)

入居者一覧

期間指定 : 令和02年04月01日 ~ 令和02年04月30日

出力順 : 入居日

印刷日 : 令和02年10月14日

No	番号	性別	年齢	介護度	住 所	傷 病 名	入居日	ユニット名
	氏 名	障害自立度		認知症自立度			退居日	入室日
	生年月日						部屋名	備考
					電 話			
1	1026	男	81	Ⅱ	鹿児島県鹿児島市東開町××× -××××		平成25年02月01日	ひまわり
	松 二						平成25年02月01日	
	昭和14年04月20日			099-XXXX-XXXX			105	
2		男	80	Ⅲ	鹿児島県鹿児島市東開町××× 番地		平成25年03月01日	うめ
	* 一 *						平成25年03月01日	
	昭和14年06月06日			099-XXXX-XXXX			106	
3	1027	女	81	予2	鹿児島県鹿児島市東開町××× ×番地		平成25年03月01日	すみれ
	田 花						平成25年03月01日	
	昭和14年02月03日						101	
4		女	80	予1	鹿児島県鹿児島市東開町××× 番地		平成25年03月15日	すみれ
	玉 花						平成25年03月15日	
	昭和14年09月05日			099-XXXX-XXXX			102	
5		男	92	Ⅱ	鹿児島県鹿児島市東開町××× 番地		平成25年04月01日	うめ
	上 義						平成25年04月01日	
	昭和02年10月19日			099-XXXX-XXXX			106	
6		男	81	Ⅱ	鹿児島県鹿児島市東開町××× 番地		平成25年04月20日	すみれ
	浜 一						平成25年04月20日	
	昭和14年03月20日			099-XXXX-XXXX			103	
7		女	75	予1	鹿児島県鹿児島市東開町××× 番地		平成30年03月01日	さくら
	野 合						平成30年03月01日	
	昭和20年01月01日			099-XXXX-XXXX			201	

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						

面会記録一覧表

期間： 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

印字順： 面会日時順

印刷日： 令和2年10月14日

面会日	時刻	利用者氏名	面会者	続柄	同伴者	面会数計	目的・メモ
令和2年4月1日	10:00 ~ 12:00	* 玉 花 *	* 玉 吉 *	夫		1(0)	定期訪問 利用者の現状確認
令和2年4月15日	14:00 ~ 15:30	* 玉 花 *	* 玉 裕 *	長男		1(0)	定期訪問 居室でお茶を飲みながらの雑談。
令和2年4月30日	13:00 ~ 14:00	* 玉 花 *	* 玉 吉 *	夫		1(0)	外部利用についてのご相談 他の事業所の訪問リハビリを受けることはできないだろうか。
合計						3(0)	

※面会数計 XX(YY)のXXは面会の数、(YY)は同伴者の計

ベッド利用状況一覧表

印刷年月日: 令和3年4月7日

部屋	2020/4/1(水)	2020/4/2(木)	2020/4/3(金)	2020/4/4(土)	2020/4/5(日)	2020/4/6(月)	2020/4/7(火)
高齢者住宅 1階							
101	*吉花*		*吉花*		*吉花*		*吉花*
102	*世保花*		*世保花*		*世保花*		*世保花*
103	*府一*		*府一*		*府一*		*府一*
105	*留米京*		*留米京*		*留米京*		*留米京*
106	*留米二*		*留米二*		*留米二*		*留米二*
107	*石サ*		*石サ*		*石サ*		*石サ*
108							
110	*蘇一*		*蘇一*		*蘇一*		*蘇一*

実績関係帳票

未収金一覧

請求金額合計	473,492
未収金額合計	473,492
入金額合計	0

R2/04/01~R2/05/10

R2/05/10 時点

印刷日

R2/5/10

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
523		* 府 一 *	サ高住	R2/05/10	R2/04/01	R2/04/30	93,152	93,152		区分 請求書送付 * 府 一 * 電話 099-XXXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
		* 府 一 *				計	93,152	93,152		
524		* 石 サ *	M I C病院	R2/05/10	R2/04/01	R2/04/30	91,640	91,640		区分 請求書送付 * 石 サ * 電話 099-XXXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
		* 石 サ *				計	91,640	91,640		
525		* 浜 一 *	M I C病院	R2/05/10	R2/04/01	R2/04/30	73,500	73,500		区分 口座引落 南●銀行 * 浜 一 * 電話 099-XXXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
		* 浜 一 *				計	73,500	73,500		
526	1001	* 勢崎 京 *	M I C病院	R2/05/10	R2/04/01	R2/04/30	94,340	94,340		区分 口座引落 大●コンピュータサービス * 勢崎 京 * 電話 099-XXXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
	1001	* 勢崎 京 *				計	94,340	94,340		
529	1029	* 吉 花 *	M I C病院	R2/05/10	R2/04/01	R2/04/30	120,860	120,860		区分 請求書送付 * 吉 花 * 電話 099-XXXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
	1029	* 吉 花 *				計	120,860	120,860		

事業所別未収金一覧表 (センチュリー ●●台)

印刷日 2020年05月10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
	府一	男	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥90,400	¥0	¥93,152	¥0	¥93,152	¥343,980	¥0	¥437,132
	石サ	女	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥89,000	¥0	¥91,640	¥0	¥91,640	¥245,810	¥0	¥337,450
	浜一	男	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥73,500	¥0	¥73,500	¥0	¥73,500	¥149,450	¥0	¥222,950
1001	*勢崎京*	女	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥91,500	¥0	¥94,340	¥0	¥94,340	¥278,252	¥0	¥372,592
	世保花	女	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥98,000	¥0	¥101,360	¥0	¥101,360	¥293,800	¥0	¥395,160
	蘇一	男	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥86,500	¥0	¥89,340	¥0	¥89,340	¥2,212,212	¥0	¥2,301,552
1012	*路一*	男											¥93,900	¥0	¥93,900
1029	*吉花*	女	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥117,500	¥0	¥120,860	¥0	¥120,860	¥558,572	¥0	¥679,432
	留米京	女	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥93,500	¥0	¥96,500	¥0	¥96,500	¥363,700	¥0	¥460,200
	留米二	男	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥98,000	¥0	¥101,360	¥0	¥101,360	¥376,200	¥0	¥477,560
	全体合計		¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥837,900	¥0	¥862,052	¥0	¥862,052	¥4,915,876	¥0	¥5,777,928

実施日 R02/04/01~R02/04/30

その他費用一覧表 (センチュリー ●●台)

印刷日 R02/10/29

	おむつ代	ベッド代	入浴サービス(見守り)	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
	食事代	洗濯代					
	共益費	家賃					
	テレビ代	管理費					
* 府 一 *	0	0	0				
	34,400	0					
R02/04/01~R02/04/30	0	51,000					2,752
小 計	0	5,000		93,152	0	93,152	2,752
* 石 サ *	0	0	0				
	33,000	0					
R02/04/01~R02/04/30	0	51,000					2,640
小 計	0	5,000		91,640	0	91,640	2,640
* 勢崎 京 *	0	0	0				
	35,500	0					
R02/04/01~R02/04/30	0	51,000					2,840
小 計	0	5,000		94,340	0	94,340	2,840
* 世保 花 *	0	0	0				
	42,000	0					
R02/04/01~R02/04/30	0	51,000					3,360
小 計	0	5,000		101,360	0	101,360	3,360
* 蘇 一 *	0	0	0				
	35,500	0					
R02/04/01~R02/04/30	0	51,000					2,840
小 計	0	0		89,340	0	89,340	2,840
* 吉 花 *	0	0	19,500				
	42,000	0					
R02/04/01~R02/04/30	0	51,000					3,360
小 計	0	5,000		120,860	0	120,860	3,360
* 留米 京 *	0	0	0				
	37,500	0					
R02/04/01~R02/04/30	0	51,000					3,000
小 計	0	5,000		96,500	0	96,500	3,000
* 留米 二 *	0	0	0				
	42,000	0					
R02/04/01~R02/04/30	0	51,000					3,360
小 計	0	5,000		101,360	0	101,360	3,360
総合計	0	0	19,500				
	301,900	0					
	0	408,000					24,152
	0	35,000					0
				788,552	0	788,552	24,152

玉 花		様	生年月日	昭和14年9月5日	(80 歳)
令和02年4月1日(水)					
			血压	123 / 89	
【健康チェック】			脈拍	71 回/分	
			体温	36.3 °C	
【食事】	食事量	昼 主食	10 割	副食	10 割
		昼間 主食	割		
【水分】	摂取量	2400			
【排泄】	排尿量	1500	排便	普通	
【ご家族への連絡事項】					
本日のレクレーションにて、フラワーアレンジメントや絵手紙の作成を、楽しんでいらっしゃいました。					
【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】					

* 玉 花 * 様 生年月日 昭和14年9月5日 (80 歳)

令和02年4月1日(水)

【健康チェック】	血圧	123 / 89
	脈拍	71 回/分
	体温	36.3 °C

【ご家族への連絡事項】

本日のレクリエーションにて、フラワーアレンジメントや絵手紙の作成を、楽しんでいらっしゃいました。

【ご家族からの連絡事項】



玉 花		様	生年月日	昭和14年9月5日	(80 歳)
令和02年4月1日(水)					
			血压	125 / 85	
【健康チェック】			脈拍	72 回/分	
			体温	36.5 °C	
【食事】	食事量	昼 主食		10 割 ◎	
		副食		割	
		昼間 主食		割	
【水分】	摂取量	2500			
【排泄】	排尿量	1000	排便	△とても少ない	
【ご家族への連絡事項】					
本日のレクレーションにて、フラワーアレンジメントや絵手紙の作成を、楽しんでいらっしゃいました。					
【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】					

* 玉 花 * 様 生年月日 昭和14年9月5日 (80 歳)

令和02年4月1日(水)

【健康チェック】 血圧 123 / 89
脈拍 71 回/分
体温 36.3 °C

【食事】 食事量 昼 主食 10割 副食 10割
夜間 主食 割

【水分】 摂取量 2400

【排泄】 排尿量 1500 排便 普通

【実施内容】

清潔保持介助 | 食事介助、レクリエーションの介助

【ご家族への連絡事項】

本日のレクリエーションにて、フラワーアレンジメントや絵手紙の作成を、楽しんでいらっしゃいました。

【ご家族からの連絡事項】

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

(センチュリー ●●台)

印刷日 令和2年5月10日

	おむつ代	ベッド代	入浴サービス(見守り)		介護(保険) 介護(自費)	介護軽減額	最終入金日	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							
	共益費	家賃							
	テレビ代	管理費							
	保険内単位	合計金額	軽減額合計	請求金額					
府一	0	0	0		0			0	請求書送付
	34,400	0			0			0	
R02/04/01～R02/04/30	0	51,000						93,152	R02/05/11
542	0	5,000			0				
小計						93,152	0	93,152	2,752
石サ	0	0	0		0			0	請求書送付
	33,000	0			0			0	
R02/04/01～R02/04/30	0	51,000						91,640	R02/05/11
543	0	5,000			0				
小計						91,640	0	91,640	2,640
勢崎京	0	0	0		0			0	口座引落
1001	35,500	0			0			0	●コンピュータサービス
R02/04/01～R02/04/30	0	51,000						94,340	R02/05/11
544	0	5,000			0				
小計						94,340	0	94,340	2,840
世保花	0	0	0		0			0	請求書送付
	42,000	0			0			0	
R02/04/01～R02/04/30	0	51,000						101,360	R02/05/11
545	0	5,000			0				
小計						101,360	0	101,360	3,360
蘇一	0	0	0		0			0	請求書送付
	35,500	0			0			0	
R02/04/01～R02/04/30	0	51,000						89,340	R02/05/11
546	0	0			0				
小計						89,340	0	89,340	2,840
吉花	0	0	19,500		0			0	請求書送付
1029	42,000	0			0			0	
R02/04/01～R02/04/30	0	51,000						120,860	R02/05/11
547	0	5,000			0				
小計						120,860	0	120,860	3,360

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

(センチュリー ●●台)

印刷日 令和2年5月10日

	おむつ代	ベッド代	入浴サービス(見守り)			介護(保険)	合計金額	介護軽減額	最終入金日	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	家賃									
	テレビ代	管理費				保険内単位		軽減額合計	請求金額		
総合計	0	0	19,500			0		0		0	
	301,900	0				0				0	
	0	408,000								590,692	
	0	35,000				0					
							590,692	0	590,692	17,792	

利用者別請求合計一覧表 実施日： 令和2年4月1日～令和2年4月30日

作成日： 令和2年5月10日

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	センチュリー ●●台
1	* 府 一 *	93,152	93,152
2	* 石 サ *	91,640	91,640
3	* 勢崎 京 *	94,340	94,340
4	* 世保 花 *	101,360	101,360
5	* 蘇 一 *	89,340	89,340
6	* 吉 花 *	120,860	120,860
7	* 留米 京 *	96,500	96,500
8	* 留米 二 *	101,360	101,360
	合計	788,552	788,552

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 入金金額累計	入金金額	未収金額	入金区分
1		*府 一*	R02/04/01~R02/04/30	542	R02/05/27	93,152	0	93,152	0	93,152	0	窓口入金
2		*石 サ*	R02/04/01~R02/04/30	543	R02/05/27	91,640	0	91,640	0	91,640	0	窓口入金
3	1001	*勢崎 京*	R02/04/01~R02/04/30	544	R02/05/27	94,340	0	94,340	0	94,340	0	口座引落
4		*世保 花*	R02/04/01~R02/04/30	545	R02/05/27	101,360	0	101,360	0	101,360	0	窓口入金
5		*蘇 一*	R02/04/01~R02/04/30	546	R02/05/27	89,340	0	89,340	0	89,340	0	窓口入金
6	1029	*吉 花*	R02/04/01~R02/04/30	547	R02/05/27	120,860	0	120,860	0	120,860	0	窓口入金
7		*留米 京*	R02/04/01~R02/04/30	548	R02/05/27	96,500	0	96,500	0	96,500	0	窓口入金
8		*留米 二*	R02/04/01~R02/04/30	549	R02/05/27	101,360	0	101,360	0	101,360	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	788,552	0	
					合計	-	-	-	-	788,552	0	

利用者別入金一覧表

入金日期间： 令和02年05月27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		*府 一*	R02/04/01~R02/04/30	550	R02/05/27	93,152	0	93,152	0	93,152	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	93,152	0	
2		*石 サ*	R02/04/01~R02/04/30	551	R02/05/27	91,640	0	91,640	0	91,640	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	91,640	0	
3	1001	*勢崎 京*	R02/04/01~R02/04/30	194	R02/05/27	6,333	1,333	5,000	0	6,333	0	窓口入金
4	1001	*勢崎 京*	R02/04/01~R02/04/30	244	R02/05/27	7,959	3,959	4,000	0	7,959	0	窓口入金
5	1001	*勢崎 京*	R02/04/01~R02/04/30	554	R02/05/27	94,340	0	94,340	0	94,340	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	108,632	0	
6		*世保 花*	R02/04/01~R02/04/30	555	R02/05/27	101,360	0	101,360	0	101,360	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	101,360	0	
7		*蘇 一*	R02/04/01~R02/04/30	556	R02/05/27	89,340	0	89,340	0	89,340	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	89,340	0	
8	1029	*吉 花*	R02/04/01~R02/04/30	557	R02/05/27	120,860	0	120,860	0	120,860	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	120,860	0	
9		*留米 京*	R02/04/01~R02/04/30	558	R02/05/27	96,500	0	96,500	0	96,500	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	96,500	0	
10		*留米 二*	R02/04/01~R02/04/30	559	R02/05/27	101,360	0	101,360	0	101,360	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	101,360	0	
				合計		-	-	-	-	802,844	0	

介護実施記録

* 玉 花 * 様

女性

昭和14年9月5日生

80 歳

要支援 1

施設長	事務長	主任	担当

記録日: 令和2年4月1日(水)

時間	共通サービス	個別サービス	血圧	体温 脈拍	服薬	食事	水分	排泄	特記事項			
									入院	外泊	往診	通院
0:00									実施記録			
1:00									7:30 【朝食】 主食: 10割 ◎ 副食: 10割 ◎			
2:00									12:30 【昼食】 主食: 10割 ◎ 副食: 10割 ◎			
3:00									15:00~16:00 【ケア実施記録】 [清潔保持介助]			
4:00									洗顔介助, 口腔清潔介助, 清拭介助, 整容介助			
5:00									[更衣介助] 更衣の見守り, 更衣動作の介助			
6:00									[入浴介助] 入浴の準備、後始末, 入浴時の移乗			
7:00						10 ◎ 10 ◎			移動の介助, 洗身介助 [食事等介助]			
8:00									食事等の摂取介助 [排泄]			
9:00									排泄時の移乗、移動介助, 排泄の準備, 排尿介助			
10:00			123 89	36.3 71					[基本動作介助] 起居介助, 移乗介助			
11:00									[水分摂取介助] 水分摂取等の見守り			
12:00						10 ◎ 10 ◎			[薬剤の使用] 服薬等の準備等, 服薬等の見守り			
13:00									[バイタル測定] バイタルの見守り, バイタルの測定			
14:00									・観察 [レクリエーション]			
15:00									レクリエーションの準備, レクリエーションの見守り			
16:00									19:00 【夕食】 主食: 10割 ◎ 副食: 10割 ◎			
17:00									20:00 【水分・排泄】 排尿量: 1500ml 排尿回数: 3回 排便量: 普通 排便回数: 2回 排便状態: 普通便			
18:00									水分摂取量合計			
19:00						10 ◎ 10 ◎			2400ml			
20:00							2400	排尿 排便				
21:00												
22:00												
23:00												

実施記録					実施記録				

ケア実施状況表（清潔保持介助）

対象期間 R2/4/1～R2/4/30

センチュリー ●●台

No.	利用者	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
1	*玉花*	洗口清整							洗口清整							洗口清整							洗口清整								洗口清整
2	*一*	洗清							洗清							洗清							洗清								洗清
3	*田花*		洗口清整							洗口清整							洗口清整							洗口清整							洗口清整
4	*上義*				洗清							洗清							洗清								洗清				
5	*浜一*			洗口清整							洗口清整						洗口清整								洗口清整						
6	*野合*					洗清							洗清								洗清							洗清			
7	*松二*						洗口清整							洗口清整								洗口清整							洗口清整		

記号説明 洗:洗顔介助 口:口腔清潔介助 清:清拭介助 整:整容介助

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5月1日

清潔保持介助	
洗顔介助	2
口腔清潔介助	1
清拭介助	2
整容介助	1
小計	6

更衣介助	
更衣の見守り	1
更衣動作の介助	1
小計	2

入浴介助	
入浴の準備、後始末	1
入浴時の移乗、移動の介助	1
洗身介助	1
小計	3

食事等介助	
食事等の摂取介助	1
小計	1

排泄	
排泄時の移乗、移動介助	1
排泄の準備	1
排尿介助	1
小計	3

基本動作介助	
起居介助	1
移乗介助	1
小計	2

水分摂取介助	
水分摂取等の見守り	1
小計	1

薬剤の使用	
服薬等の準備等	1

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5月1日

服薬等の見守り	1
小計	2

バイタル測定	
バイタルの見守り	1
バイタルの測定・観察	1
小計	2

レクリエーション	
レクリエーションの準備	1
レクリエーションの見守り	1
小計	2
総計	24

温度板

センチュリー ●●台

利用者番号 1234

氏名 *石 京*

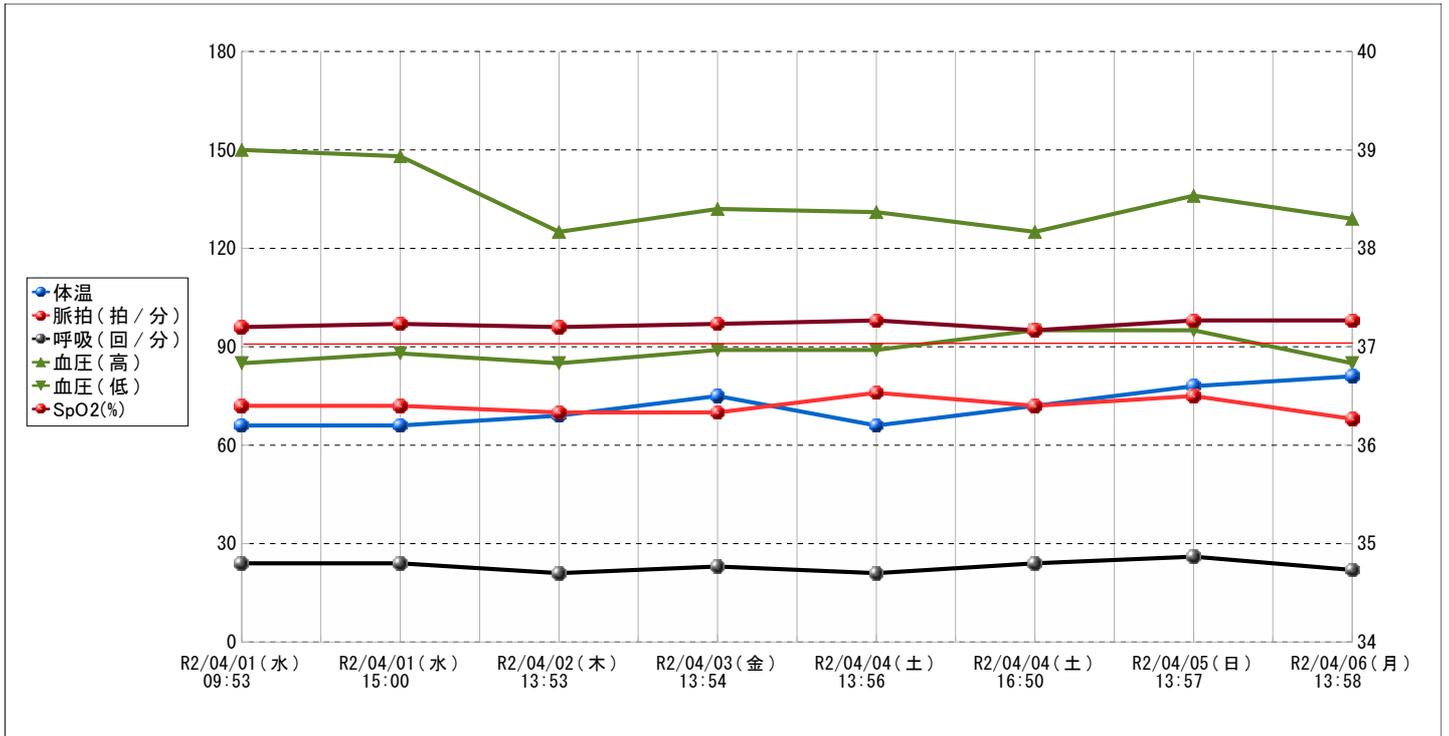
性別 女

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							

利用者氏名： * 府 ー *

測定日： 令和3年4月1日

生年月日： 昭和14年3月26日 男 82 歳

測定者： * 玉 あや *

要介護度：

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	5
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 ① 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	15
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	10
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	5

合計得点 (75 / 100点)

統計資料

年齢別期間別利用者数

令和2年5月11日 現在

区分		利用者数	利用期間										
			～14日	15日～1ヶ月	1～3ヶ月	3～6ヶ月	6ヶ月～1年	1～2年	2年～				
～59歳	男	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)			
	女	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)			
	計	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)			
60～64	男	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)			
	女	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)			
	計	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)			
65～69	男	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)			
	女	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)			
	計	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)			
70～74	男	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)			
	女	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)			
	計	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)			
75～79	男	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)			
	女	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)			
	計	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)			
80～84	男	7 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	1 (0)	1 (0)	4 (0)				
	女	4 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (0)				
	計	11 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	1 (0)	1 (0)	8 (0)				
85～89	男	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)				
	女	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)				
	計	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)				
90～	男	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)				
	女	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)				
	計	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)				
合計	男	7 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	1 (0)	1 (0)	4 (0)				
	女	5 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (0)				
	計	12 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	1 (0)	1 (0)	9 (0)				
平均年齢	男性	80.4 歳	女性	79 歳	総数	79.8 歳	平均利用期間	男性	52.3 ヶ月	女性	75.6 ヶ月	総数	62 ヶ月

(注) 1 () 内は、認知症である老人のランクⅢ以上の数を再掲します。
 2 「平均年齢」及び「平均利用期間」欄は、小数点第2以下を四捨五入します。

利用期間別介護度別利用者数

令和2年5月11日 現在

区 分		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
～1週間未満	男									
	女									
	計									
1週間以上～ 2週間未満	男									
	女									
	計									
2週間以上～ 1ヶ月未満	男									
	女									
	計									
1ヶ月以上～ 3ヶ月未満	男				1					1
	女									
	計				1					1
3ヶ月以上～ 6ヶ月未満	男									
	女									
	計									
6ヶ月以上～ 1年未満	男							1		1
	女									
	計							1		1
1年以上～ 3年未満	男								1	1
	女			1						1
	計			1					1	2
3年以上～ 5年未満	男									
	女									
	計									
5年以上～ 10年未満	男				1			1	2	4
	女		1		1			1	1	4
	計		1		2			2	3	8
10年以上～	男									
	女									
	計									
合 計	男				2			2	3	7
	女		1	1	1			1	1	5
	計		1	1	3			3	4	12

■ 介護度は基準日直近の介護保険をもとに振り分けられています。

入所(居)状況別一覧表

令和2年4月分

印刷日 令和2年4月30日

区 分		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
家庭	男				1					1
	女									
	計				1					1
その他医療機関	男									
	女									
	計									
その他	男									
	女									
	計									
介護医療院	男									
	女									
	計									
併設医療機関	男									
	女									
	計									
特養	男									
	女									
	計									
療養型	男									
	女									
	計									
有料老人ホーム	男									
	女									
	計									
協力医療機関	男									
	女									
	計									
合 計	男				1(1)					1(1)
	女									
	計				1(1)					1(1)

■ 区分は入所状況マスタ別に分類されています。

■ 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。

■ 複数月指定時は月ごとに振り分けた結果を合算します。

■ 合計欄は下記の編集方法となります。

XXXX (XXX) 前半の数字は延べ回数。 () 内の数字は実人数。

入所(居)状況別一覧表

令和2年4月分

印刷日 令和2年4月30日

区 分		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
1 居宅	男				1					1
	女									
	計				1					1
2 医療機関	男									
	女									
	計									
3 介護老人福祉施設	男									
	女									
	計									
4 介護老人保健施設	男									
	女									
	計									
5 介護療養型医療施設	男									
	女									
	計									
6 認知症対応型共同生活介護	男									
	女									
	計									
7 特定施設入居者生活介護	男									
	女									
	計									
8 その他	男									
	女									
	計									
9 介護医療院	男									
	女									
	計									
合 計	男				1(1)					1(1)
	女									
	計				1(1)					1(1)

■ 区分は入所状況マスタ別に分類されています。

■ 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。

■ 複数月指定時は月ごとに振り分けた結果を合算します。

■ 合計欄は下記の編集方法となります。

XXXX (XXX) 前半の数字は延べ回数。 () 内の数字は実人数。

入所(居)状況別一覧表

令和2年4月分

印刷日 令和2年4月30日

区 分		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
併設医療機関	男									
	女									
	計									
協力医療機関	男									
	女									
	計									
その他医療機関	男									
	女									
	計									
社会福祉施設	男									
	女									
	計									
居宅	男				1					1
	女									
	計				1					1
その他	男									
	女									
	計									
介護保険施設	男									
	女									
	計									
介護老人保健施設	男									
	女									
	計									
	男									
	女									
	計									
合 計	男				1(1)					1(1)
	女									
	計				1(1)					1(1)

■ 区分は入所状況マスタ別に分類されています。

■ 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。

■ 複数月指定時は月ごとに振り分けた結果を合算します。

■ 合計欄は下記の編集方法となります。

XXXX (XXX) 前半の数字は延べ回数。 () 内の数字は実人数。

退所(居)状況別一覧表

令和2年4月分

印刷日 令和2年5月1日

区分		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
家庭	男				1					1
	女									
	計				1					1
療養型老健	男									
	女									
	計									
協力医療機関	男									
	女									
	計									
その他医療機関	男								1	1
	女									
	計								1	1
死亡	男									
	女									
	計									
併設医療機関	男									
	女									
	計									
特養	男									
	女									
	計									
グループホーム	男									
	女									
	計									
その他	男									
	女									
	計									
合計	男				1(1)				1(1)	2(2)
	女									
	計				1(1)				1(1)	2(2)

■ 区分は退所状況マスタ別に分類されています。

■ 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。

■ 複数月指定時は月ごとに振り分けた結果を合算します。

■ 合計欄は下記の編集方法となります。

XXXX (XXX) 前半の数字は延べ回数。 () 内の数字は実人数。

退所(居)状況別一覧表

令和2年4月分

印刷日 令和2年5月1日

区 分		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
1 居宅	男				1				1	2
	女									
	計				1				1	2
3 医療機関入院	男									
	女									
	計									
4 死亡	男									
	女									
	計									
5 その他	男									
	女									
	計									
6 介護老人福祉施設 入所	男									
	女									
	計									
7 介護老人保健施設 入所	男									
	女									
	計									
8 介護療養型医療施 設入院	男									
	女									
	計									
9 介護医療院入所	男									
	女									
	計									
合 計	男				1 (1)				1 (1)	2 (2)
	女									
	計				1 (1)				1 (1)	2 (2)

■ 区分は退所状況マスタ別に分類されています。

■ 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。

■ 複数月指定時は月ごとに振り分けた結果を合算します。

■ 合計欄は下記の編集方法となります。

XXXX (XXX) 前半の数字は延べ回数。 () 内の数字は実人数。

退所(居)状況別一覧表

令和2年4月分

印刷日 令和2年5月1日

区分		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
居宅	男				1					1
	女									
	計				1					1
併設医療機関	男									
	女									
	計									
協力医療機関	男									
	女									
	計									
その他医療機関	男								1	1
	女									
	計								1	1
社会福祉施設	男									
	女									
	計									
死亡	男									
	女									
	計									
その他	男									
	女									
	計									
介護保険施設	男									
	女									
	計									
介護老人保健施設	男									
	女									
	計									
合計	男				1(1)				1(1)	2(2)
	女									
	計				1(1)				1(1)	2(2)

■ 区分は退所状況マスタ別に分類されています。

■ 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。

■ 複数月指定時は月ごとに振り分けた結果を合算します。

■ 合計欄は下記の編集方法となります。

XXXX (XXX) 前半の数字は延べ回数。 () 内の数字は実人数。

在所(居)者数	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
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	
在所(居)者数																															
日別合計	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	285
地域																															
鹿児島市東開町×××番地	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	120
未設定(振分不可)	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	165
状況区分																															
家庭	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	255
その他医療機関																															0
その他																															0
介護医療院																															0
併設医療機関																															0
特養																															0
療養型																															0
有料老人ホーム																															0
協力医療機関																															0
未設定(振分不可)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30
介護度																															
再調査																															0
取消																															0
なし																															0
非該当																															0
事業対象者																															0
要支援1																															0
要支援2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30
要介護1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30
要介護2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	60
要介護3																															0
要介護4																															0
要介護5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	60
一次予防対象者																															0
二次予防対象者																															0
未設定(振分不可)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	105

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15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	2人 (100.0)%
----	------------------

⇒

総計	2人	100.0%
家庭	1人	50.0%
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	1人	50.0%
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%

家庭	2人 (100.0)%
----	------------------

⇒

総計	2人	100.0%
家庭	1人	50.0%
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	1人	50.0%
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15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）

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%

特養	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%

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%

在所(居)者の状況

対象年月日：令和2年4月30日

(1)人数

在所(居)者	10人	内	男性	5人
		訳	女性	5人

(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	5人	0人	0人	0人	0人	5人
女性	0人	0人	0人	1人	0人	4人	0人	0人	0人	0人	5人
計	0人	0人	0人	1人	0人	9人	0人	0人	0人	0人	10人

(3)在所(居)期間

区分	14日以内	15日～1月末	1月～3月末	3月～6月末	6月～1年末	1年～2年末	2年～3年末	3年～4年末	4年～5年末	5年以上	計
男性	0人	0人	0人	0人	1人	0人	0人	0人	0人	4人	5人
女性	0人	0人	0人	0人	0人	0人	1人	0人	0人	4人	5人
計	0人	0人	0人	0人	1人	0人	1人	0人	0人	8人	10人

(4)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	0人	0人	0人	ランク I	0人	0人	0人
要支援2	0人	1人	1人	” IIa	0人	0人	0人
要介護1	0人	1人	1人	” IIb	0人	0人	0人
要介護2	1人	1人	2人	” IIIa	0人	0人	0人
要介護3	0人	0人	0人	” IIIb	0人	0人	0人
要介護4	0人	0人	0人	” IV	0人	0人	0人
要介護5	2人	1人	3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	2人	1人	3人	未登録	5人	5人	10人
計	5人	5人	10人	計	5人	5人	10人

入退所(居)者の状況

対象年月： 令和2年4月

1. 人数

新入所(居)者	1人	内 訳	男性	1人
			女性	0人
退所(居)者	2人	内 訳	男性	2人
			女性	0人
延入所(居)者	343人	内 訳	男性	193人
			女性	150人

2. 入退所(居)者の状況

(1) 入所(居)者

区 分		男性	女性	計
医療 機関	併 設	0人	0人	0人
	協 力	0人	0人	0人
	そ の 他	0人	0人	0人
	小 計	0人	0人	0人
居 宅		1人	0人	1人
社会福祉施設		0人	0人	0人
介護保険施設		0人	0人	0人
介護老人保健施設		0人	0人	0人
そ の 他 ()		0人	0人	0人
計		1人	0人	1人

(2) 退所(居)者

区 分		男性	女性	計
医療 機関	併 設	0人	0人	0人
	協 力	0人	0人	0人
	そ の 他	1人	0人	1人
	小 計	1人	0人	1人
居 宅		1人	0人	1人
社会福祉施設		0人	0人	0人
介護保険施設		0人	0人	0人
介護老人保健施設		0人	0人	0人
死 亡		0人	0人	0人
そ の 他 ()		0人	0人	0人
計		2人	0人	2人

退所(居)者の状況

対象期間: 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

1. 退所(居)者の在所(居)期間

区分	14日以内	15日～1月末	1月～3月末	3月～6月末	6月～1年末	1年～2年末	2年～3年末	3年～4年末	4年～5年末	5年以上	計
男性	0人	1人	0人	0人	0人	1人	0人	0人	0人	0人	2人
女性	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
計	0人	1人	0人	0人	0人	1人	0人	0人	0人	0人	2人

2. 退所(居)先別にみた入所(居)前の場所

退所(居)先		入所(居)前の場所								
		医療機関			居宅	社会福祉施設	介護保険施設	介護老人保健施設	その他	計
		併設	協力	その他						
医療機関	併設	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
	協力	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
	その他	0人	0人	0人	1人	0人	0人	0人	0人	1人
	小計	0人	0人	0人	1人	0人	0人	0人	0人	1人
居宅		0人	0人	0人	1人	0人	0人	0人	0人	1人
社会福祉施設		0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
介護保険施設		0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
介護老人保健施設		0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
死亡		0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
その他		0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
計		0人	0人	0人	2人	0人	0人	0人	0人	2人

令和2年04月 サービス予定カレンダー

吉花 様

センチュリー ●●台

日	月	火	水	木	金	土
			1 14:00-15:00 往診	2	3	4
5	6	7	8 10:00-11:00 口腔ケア	9	10	11
12	13	14	15 12:00-13:00 食事サービス	16	17	18
19	20	21	22 14:00-15:00 リハビリ	23	24	25
26	27	28	29	30		

※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4月1日

良 林

様

センチュリー ●●台

日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3 10:00-12:00 訪問入浴 (*安 一*)	4
5	6	7	8	9	10 10:00-12:00 訪問入浴 (*安 一*)	11
12	13	14	15	16	17 10:00-12:00 訪問入浴 (*安 一*)	18
19	20	21	22	23	24 10:00-12:00 訪問入浴 (*安 一*)	25 14:00-14:30 介護老人保険施設 ● (*石 二*)
26	27	28	29	30		

※は印刷できない他の予定があります

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：普通の声はやっと聞きとれる 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せる事：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						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	食事支援・見守り	介護スタッフ			起床(自立) 朝食、洗顔、食事の片付け	
午前	8:00						
	10:00		介護スタッフ	バイタルチェック		健康管理	
午後	12:00	食事支援・見守り	介護スタッフ	水分補給介助		昼食	
		昼寝				昼寝	
	14:00						
	16:00	買い物・散歩	介護スタッフ	付き添い		散歩、買い物	
	18:00	入浴介助				入浴(温泉浴)	
夜間	18:00						
	20:00	食事支援・見守り	介護スタッフ			夕食	
	22:00	就寝					
深夜	24:00						
	2:00					トイレに起床(自立)	
随時実施するサービス							
その他のサービス							

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 右上下肢麻痺	② 筋力低下	③
状況の事実 ※1		現在 ※2	要因 ※3	改善/維持の可能性 ※4
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
	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

利用者及び家族の生活に対する意向 本人：今の生活を維持して穏やかに過ごせたら良い。あまり子供の負担になりたくない。

見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6
	筋力の維持	
	社会活動への参加	

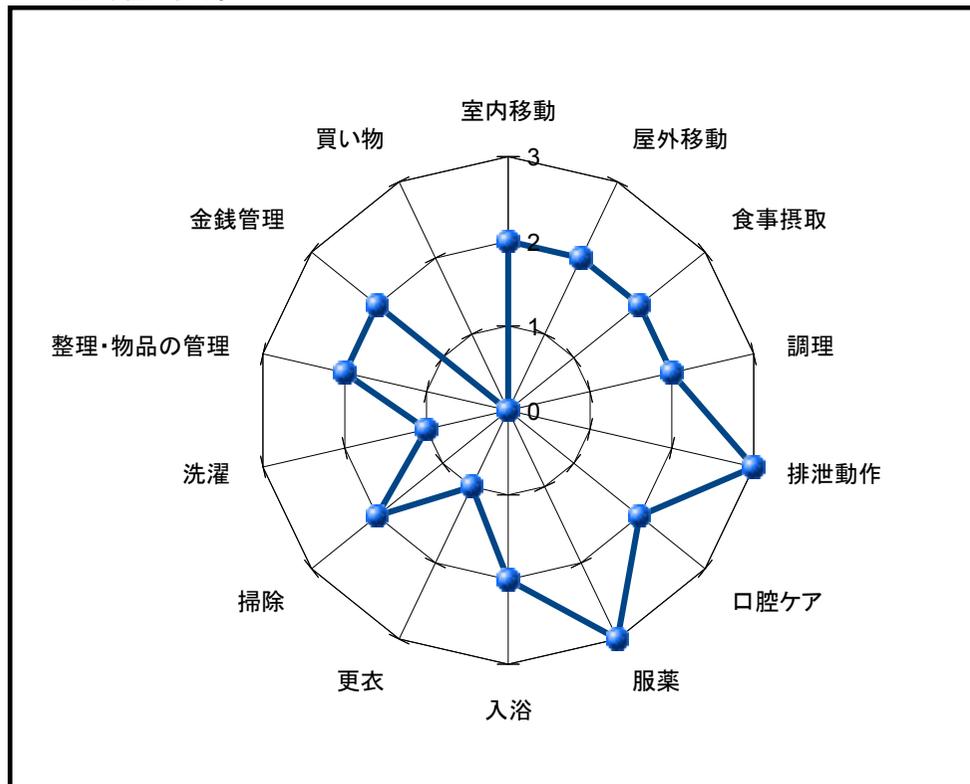
※1 本書は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
 ※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。
 ※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
 ※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※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。

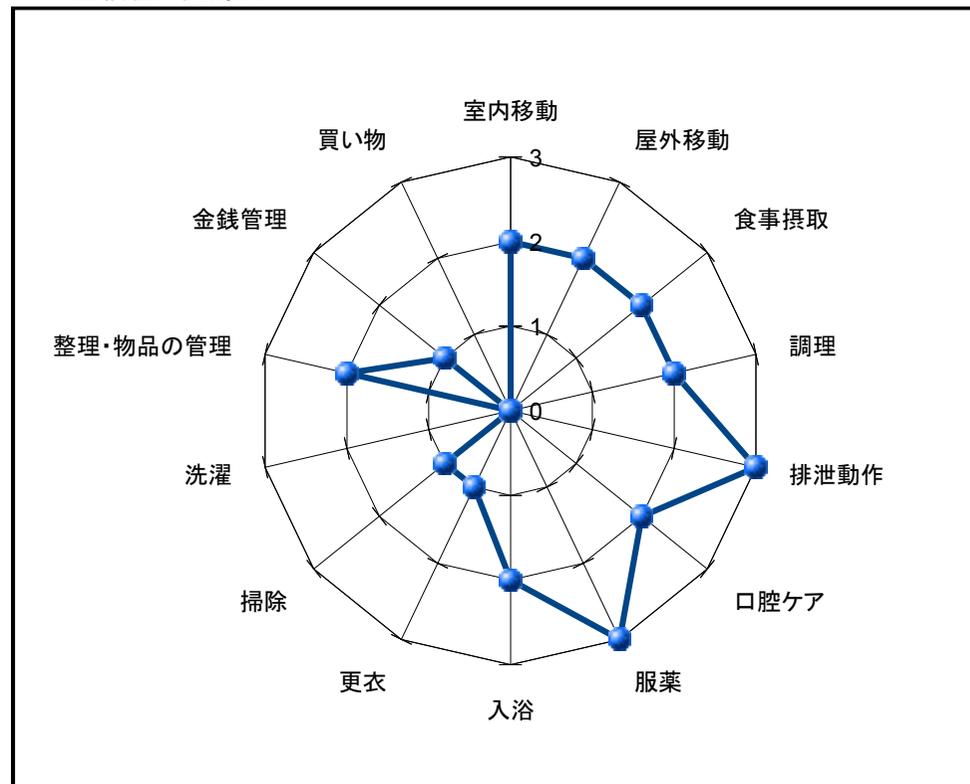
ADLチャート

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

業務帳票

■掲示板

タイトル	利用者 ●●さんの担当者会議を、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
<p>内容</p> <p>利用者 ●●さんの担当者会議を、開催します。</p> <p>日時：R 2 / 4 / 1 5 10 : 00 ~ 11 : 00</p> <p>場所：相談員室</p> <p>議題：X X X X</p> <p>時間になりましたら、お集まり下さい。</p>			
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*	

〒 891-0115

* 吉 花 * 様

鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地X
XX丁目XXX

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 吉 花 * 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XXX番地
センチュリー ●●台
管理者：* 松 吉 *
Tel：099-XXX-XXXX

請求書

請求書番号 557 居宅介護支援事業所

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
	保険内金額 ①	保険外金額 ②	自費金額 ③ 120,860	減免金額 ④		
	医療保険分	医療負担分 ⑤				

請求金額 ①+②+③-④+⑤	120,860 円 (内消費税 10%:0円 8%:3,360円)	前月までの未収額 558,572 円	合計請求額 679,432 円
医療費控除対象金額	0 円		

保 険 分

自 費 分

内 容	単 位	回 数	内 容	単 価	回 数	税	金 額
			家賃	51,000	1		51,000
			共益費	5,000	1		5,000
			朝食代	400	30	軽	12,000
			昼食代	500	30	軽	15,000
			夕食代	500	30	軽	15,000
			入浴サービス(見守り)		13		19,500

※備考

〒 891-0115

* 吉 花 * 様

鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地X
XX丁目XXX

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 吉 花 * 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XXX番地

センチュリー ●●台

管理者：* 松 吉 *

TEL：099-XXX-XXXX

領収書

請求書番号 557 居宅介護支援事業所

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
	保険内金額 ①	保険外金額 ②	自費金額 ③ 120,860	減免金額 ④		
	医療保険分	医療負担分 ⑤				

領収金額 ①+②+③-④+⑤	120,860 円 (内消費税 10%:0円 8%:3,360円)	前月までの未収額 558,572 円
医療費控除対象金額	0 円	
		合計請求額 679,432 円

保 険 分

自 費 分

内 容	単 位	回 数	内 容	単 価	回 数	税	金 額
			家賃	51,000	1		51,000
			共益費	5,000	1		5,000
			朝食代	400	30	軽	12,000
			昼食代	500	30	軽	15,000
			夕食代	500	30	軽	15,000
			入浴サービス(見守り)		13		19,500

※備考

利用者番号 1029

〒 891-0115

* 吉 花 * 様

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 X
X X 丁目 X X X

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 吉 花 * 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 X X X 番地

センチュリー ●●台

管理者 : * 松 吉 *

Tel : 099-XXX-XXXX

請求書 (控)

請求書番号 557 居宅介護支援事業所

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
	保険内金額 ①	保険外金額 ②	自費金額 ③ 120,860	減免金額 ④		
	医療保険分	医療負担分 ⑤				

請求金額 ①+②+③-④+⑤	120,860 円 (内消費税 10%:0円 8%:3,360円)
医療費控除対象金額	0 円

保 險 分

自 費 分

内 容	単 位	回 数	内 容	単 価	回 数	税	金 額
			家賃	51,000	1		51,000
			共益費	5,000	1		5,000
			朝食代	400	30	軽	12,000
			昼食代	500	30	軽	15,000
			夕食代	500	30	軽	15,000
			入浴サービス(見守り)		13		19,500

※備考

利用者番号

1029

〒 891-0115

* 吉 花 * 様

鹿児島県鹿児島市東開町 × × × 番地 × × × 丁目 × × ×

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 吉 花 * 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

センチュリー ●●台

管理者：* 松 吉 *

Tel : 099-XXX-XXXX

領収書 (控)

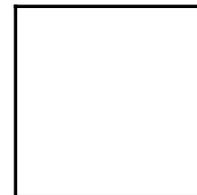
請求書番号

557

居宅介護支援事業所

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
	保険内金額 ①	保険外金額 ②	自費金額 ③ 120,860	減免金額 ④		
	医療保険分	医療負担分 ⑤				

領収金額 ①+②+③-④+⑤	120,860 円 (内消費税 10%:0円 8%:3,360円)
医療費控除対象金額	0 円



保 険 分

自 費 分

内 容	単 位	回 数	内 容	単 価	回 数	税	金 額
			家賃	51,000	1		51,000
			共益費	5,000	1		5,000
			朝食代	400	30	軽	12,000
			昼食代	500	30	軽	15,000
			夕食代	500	30	軽	15,000
			入浴サービス(見守り)		13		19,500

※備考

■様式B A4

請求書

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地XXX丁目XXX

利用者番号

1029

*吉花様 氏名

*吉花様

請求金額 120,860円 (内消費税 10%:0円 8%:3,360円)

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 557

サービス提供日 ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳
㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚

居宅介護支援事業所

Table with 2 columns: Category (e.g., 介護保険請求額), Amount (0).

Table with 2 columns: Category (e.g., 医療保険請求額), Amount.

Table with 2 columns: Category (e.g., その他費用合計), Amount (120,860).

Table with 2 columns: Category (e.g., 医療費控除対象金額), Amount (0円).

Main item table with columns: 項目名, 単価, 回数, 税, 金額. Includes items like 家賃, 共益費, 朝食代, etc.

Empty main item table with columns: 項目名, 単価, 回数, 税, 金額.

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

Summary table with 2 columns: Category (e.g., 前月までの未収額), Amount (558,572).

請求書 (控)

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地XXX丁目XXX

利用者番号

1029

*吉花様 氏名

*吉花様

請求金額 120,860円 (内消費税 10%:0円 8%:3,360円)

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 557

サービス提供日 ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳
㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚

居宅介護支援事業所

Table with 2 columns: Category (e.g., 介護保険請求額), Amount (0).

Table with 2 columns: Category (e.g., 医療保険請求額), Amount.

Table with 2 columns: Category (e.g., その他費用合計), Amount (120,860).

Table with 2 columns: Category (e.g., 医療費控除対象金額), Amount (0円).

Main item table with columns: 項目名, 単価, 回数, 税, 金額. Includes items like 家賃, 共益費, 朝食代, etc.

Empty main item table with columns: 項目名, 単価, 回数, 税, 金額.

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

Summary table with 2 columns: Category (e.g., 前月までの未収額), Amount (558,572).

■様式B A4

領収書

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地XXX丁目XXX

利用者番号

1029

*吉花様 氏名

*吉花様

領収金額 120,860円 (内消費税 10%:0円 8%:3,360円)

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 557

サービス提供日 ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳
㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚

居宅介護支援事業所

Table with 2 columns: Category (e.g., 介護保険請求額), Amount (0).

Table with 2 columns: Category (e.g., 医療保険請求額), Amount.

Table with 2 columns: Category (e.g., その他費用合計), Amount (120,860).

Table with 2 columns: Category (e.g., 医療費控除対象金額), Amount (0円).

Main item table with columns: 項目名, 単価, 回数, 税, 金額. Includes items like 家賃, 共益費, 朝食代, etc.

Empty main item table with columns: 項目名, 単価, 回数, 税, 金額.

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

領収印

領収書 (控)

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地XXX丁目XXX

利用者番号

1029

*吉花様 氏名

*吉花様

領収金額 120,860円 (内消費税 10%:0円 8%:3,360円)

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 557

サービス提供日 ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳
㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚

居宅介護支援事業所

Table with 2 columns: Category (e.g., 介護保険請求額), Amount (0).

Table with 2 columns: Category (e.g., 医療保険請求額), Amount.

Table with 2 columns: Category (e.g., その他費用合計), Amount (120,860).

Table with 2 columns: Category (e.g., 医療費控除対象金額), Amount (0円).

Main item table with columns: 項目名, 単価, 回数, 税, 金額. Includes items like 家賃, 共益費, 朝食代, etc.

Empty main item table with columns: 項目名, 単価, 回数, 税, 金額.

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

891-0115

* 吉 花 * 様

鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地XXX丁目XXX

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 吉 花 * 様

発行日 令和2年5月11日

請求書

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

請求書番号 557

センチュリー ●●台

管理者: * 松 吉 * TEL: 099-XXX-XXXX

サービス提供日 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

居宅介護支援事業所

Table with 7 columns: 合計単位, 保険内単位, 保険外単位, 特定点数, 保険内金額, 保険外金額, 自費金額, 減免金額. Includes sub-rows for 医療保険分 and 医療負担分.

Summary table for 請求金額 (120,860円) and 医療費控除対象金額 (0円).

Summary table for 前月までの未収額 (558,572円) and 合計請求額 (679,432円).

保 険 分

自 費 分

Main table with 8 columns: 内容, 単位, 回数, 内容, 単価, 回数, 税, 金額. Lists items like 家賃, 共益費, 朝食代, etc.

※備考

891-0115

* 吉 花 * 様

鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地XXX丁目XXX

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 吉 花 * 様

発行日

令和2年5月11日

領収書

請求書番号

557

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

センチュリー ●●台

管理者：* 松 吉 * TEL : 099-XXX-XXXX

サービス ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
提供日 ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳
⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚

居宅介護支援事業所

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	①	②	③ 120,860	④		
	医療保険分	医療負担分				
		⑤				

領収金額	120,860 円
①+②+③-④+⑤	(内消費税 10%:0円 8%:3,360円)
医療費控除対象金額	0 円

前月までの未収額	558,572 円
合計請求額	679,432 円

保 険 分

自 費 分

内 容	単 位	回 数	内 容	単 価	回 数	税	金 額
			家賃	51,000	1		51,000
			共益費	5,000	1		5,000
			朝食代	400	30	軽	12,000
			昼食代	500	30	軽	15,000
			夕食代	500	30	軽	15,000
			入浴サービス(見守り)		13		19,500

※備考

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地XXX丁目XXX

* 吉 花 * 様

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 吉 花 * 様

入金日 令和2年5月11日

請求書 (控)

請求書番号

557

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

センチュリー ●●台

管理者: * 松 吉 * TEL: 099-XXX-XXXX

サービス ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
提供日 ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳
⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚

居宅介護支援事業所

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	①	②	③ 120,860	④		
	医療保険分	医療負担分				
		⑤				

請求金額	120,860 円
①+②+③-④+⑤	(内消費税 10%:0円 8%:3,360円)
医療費控除対象金額	0 円

保 険 分

自 費 分

内 容	単位	回数	内 容	単価	回数	税	金額
			家賃	51,000	1		51,000
			共益費	5,000	1		5,000
			朝食代	400	30	軽	12,000
			昼食代	500	30	軽	15,000
			夕食代	500	30	軽	15,000
			入浴サービス(見守り)		13		19,500

※備考

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

891-0115

* 吉 花 * 様

鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地XXX丁目XXX

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 吉 花 * 様

入金日 令和2年5月11日

領収書 (控)

請求書番号 557

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

センチュリー ●●台

管理者: * 松 吉 * TEL: 099-XXX-XXXX

サービス提供日 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

居宅介護支援事業所

Table with 7 columns: 合計単位, 保険内単位, 保険外単位, 特定点数, 保険内金額, 保険外金額, 自費金額, 減免金額. Includes sub-rows for medical insurance and burden amounts.

Summary table showing 領収金額 (120,860円) and 医療費控除対象金額 (0円).

保 険 分

自 費 分

Main itemized table with columns: 内容, 単位, 回数, 内容, 単価, 回数, 税, 金額. Lists items like home rental, common fees, and meals.

※備考

■様式D A5

利用者番号 1029

請求書

*吉花様

請求日 令和2年5月11日

令和2年4月 ご利用日

ご利用期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

			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		

請求書番号 557

請求金額	特定点数※1
120,860	
(内消費税 10%:0円 8%:3,360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。

医療費控除対象金額	減免金額

サービス内訳	単位	回数

自費利用料内訳	単価	回数	税	金額
家賃	51,000	1		51,000
共益費	5,000	1		5,000
朝食代	400	30	軽	12,000
昼食代	500	30	軽	15,000
夕食代	500	30	軽	15,000
入浴サービス(見守り)		13		19,500

*・・・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	120,860

■様式D A5

利用者番号 1029

領収書

* 吉 花 * 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

領収金額	特定点数※1
120,860	
(内消費税 10%:0円 8%:3,360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 557

医療費控除対象金額	減免金額

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 ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕
㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚

サービス内訳	単位	回数

自費利用料金内訳	単価	回数	税	金額
家賃	51,000	1		51,000
共益費	5,000	1		5,000
朝食代	400	30	軽	12,000
昼食代	500	30	軽	15,000
夕食代	500	30	軽	15,000
入浴サービス(見守り)		13		19,500

*・・・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 120,860

■様式D A5

利用者番号 1029

請求書 (控)

* 吉花 * 様

令和2年4月 ご利用日

入金日 令和2年5月11日

日 月 火 水 木 金 土

ご利用期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

請求書番号 557

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

請求金額	特定点数※1
120,860	
(内消費税 10%:0円 8%:3,360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。

医療費控除対象金額	減免金額

サービス内訳	単位	回数

自費利用料金内訳	単価	回数	税	金額
家賃	51,000	1		51,000
共益費	5,000	1		5,000
朝食代	400	30	軽	12,000
昼食代	500	30	軽	15,000
夕食代	500	30	軽	15,000
入浴サービス(見守り)		13		19,500

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

■様式 E A5

領収書

利用者番号 1029
*** 吉 花 *** 様

〒 891-0115
 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 X X X 丁目 X X X

請求日 令和2年5月11日

*** 吉 花 *** 様

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 ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕
 ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚

請求金額	
120,860	
(内消費税 10%:0円 8%:3,360円)	
①の合計	
前月までの未収額	558,572
合計請求額	679,432

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額	
保険内金額			
保険外金額		軽減金額合計 ②	
その他費用	120,860		
		食費居住費	

[請求明細]	
その他費用 [ご利用期間:1日~30日]	計: 117,500
家賃	1 × 51,000
共益費	1 × 5,000
朝食代	軽 30 × 400
昼食代	軽 30 × 500
夕食代	軽 30 × 500
入浴サービス(見守り)	19,500

[請求明細]	

■様式 E A5

領収書 (控)

利用者番号 1029

* 吉 花 * 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 X X X 番地 X X X 丁目 X X X

* 吉 花 * 様

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 ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕
 ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚

請求金額
120,860
(内消費税 10%:0円 8%:3,360円)
①の合計
領収金額
120,860

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額		
保険外金額		軽減金額合計 ②
その他費用	120,860	
		食費居住費

[請求明細]	
その他費用 [ご利用期間:1日~30日]	計: 117,500
家賃	1 × 51,000
共益費	1 × 5,000
朝食代	軽 30 × 400
昼食代	軽 30 × 500
夕食代	軽 30 × 500
入浴サービス(見守り)	19,500

[請求明細]

居宅介護支援事業所

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

■様式 F A5

請求書

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地XXX丁目XXX

利用者番号

1029

*吉花*様

氏名

*吉花*様

請求金額 120,860 円 (内消費税 10%:0円 8%:3,360円)

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 557

サービス提供日

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

居宅介護支援事業所

介護保険請求額 (①+②-③)	
保険内金額①	
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	120,860
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	0 円
---------------	-----

項目名	単位 単価	回数	税	金額
家賃	51,000	1		51,000
共益費	5,000	1		5,000
朝食代	400	30	軽	12,000
昼食代	500	30	軽	15,000
夕食代	500	30	軽	15,000
入浴サービス(見守り)		13		19,500

項目名	単位 単価	回数	税	金額

※備考

前月までの未収額	558,572
合計請求額	679,432

・・・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XXX番地XXX丁目XXX

利用者番号 1029

*吉花*様 氏名 *吉花*様

領収金額 120,860円 (内消費税 10%:0円 8%:3,360円)

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 557

介護保険請求額 (①+②-③)	
保険内金額①	
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	

サービス提供日 (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)

その他費用合計	120,860
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	0円
---------------	----

居宅介護支援事業所

項目名	単価	回数	税	金額
家賃	51,000	1		51,000
共益費	5,000	1		5,000
朝食代	400	30	軽	12,000
昼食代	500	30	軽	15,000
夕食代	500	30	軽	15,000
入浴サービス(見守り)		13		19,500

項目名	単価	回数	税	金額

※備考

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

前月までの未収額	558,572
合計請求額	679,432

■様式 F A5

請求書 (控)

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地XXX丁目XXX

利用者番号 1029

*吉花*様 氏名 *吉花*様

請求金額 120,860 円 (内消費税 10%:0円 8%:3,360円)

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 557

介護保険請求額 (①+②-③)	
保険内金額①	
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	

サービス提供日 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

その他費用合計	120,860
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	0 円
---------------	-----

居宅介護支援事業所

項目名	単価	回数	税	金額
家賃	51,000	1		51,000
共益費	5,000	1		5,000
朝食代	400	30	軽	12,000
昼食代	500	30	軽	15,000
夕食代	500	30	軽	15,000
入浴サービス(見守り)		13		19,500

項目名	単価	回数	税	金額

※備考

・・・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XXX番地XXX丁目XXX

利用者番号 1029

*吉花*様 氏名 *吉花*様

領収金額 120,860円 (内消費税 10%:0円 8%:3,360円)

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 557

サービス提供日 (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)

居宅介護支援事業所

介護保険請求額 (①+②-③)	
保険内金額①	
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	120,860
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	0円
---------------	----

項目名	単価	回数	税	金額
家賃	51,000	1		51,000
共益費	5,000	1		5,000
朝食代	400	30	軽	12,000
昼食代	500	30	軽	15,000
夕食代	500	30	軽	15,000
入浴サービス(見守り)		13		19,500

項目名	単価	回数	税	金額

※備考

・・・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	*吉花* 様
令和2年度収入			
令和2年度収入	120,860 円		
納入期限	令和2年5月27日		
納入場所	センチュリー ●●台		
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	*吉花* 納
令和2年度収入			
金額	120,860 円		
納入期限	令和2年5月27日		
納付金の内容 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 口座名義人	XXX銀行 XX支店 普通預金 No. XXX XXX法人 XXX 理事長		収納印

収入済通知書

番号		納入者	*吉花* 納
令和2年度収入			
金額	120,860 円		
納入期限	令和2年5月27日		
収入金の内容 (納付金) 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

		施設長	事務長	主任	担当

センチュリー ●●台

令和2年4月1日(水)	天気	晴れ	作成者	*玉 あや*	
入所	10名(男性	5名、女性	5名)		
入院	0名	外泊	0名	通院	0名
往診	0名	面会	1名		
見学	2名				
勤務者	4人				
京 一(介護支援専門員)、*良 林*(介護支援専門員)、*阪 太*(介護福祉士)、*媛 悟*(介護福祉士)					
行事					
担当者会議 利用者 *留米 二* 10:00~					
要注意・観察者					
利用者	申し送り内容				
留米 二	14:41 [受診] ミック診療所 内科 本日 服薬変更				
特記事項					
本日より服薬変更					
外出	2名				
府 一, *石 サ*					
要注意・観察者(夜勤)					
利用者	申し送り内容(夜勤)				
留米 二	18:30 [面会] 居宅ケアマネ サービス開始の打ち合わせ 4月10日より				
特記事項(夜勤)					
本日、服薬変更 利用者 XXX様					

1 F 担当(1人)、2 F 担当(1人)	
1 F 担当	* 阜 梅 *
2 F 担当	* 良 林 *

入所者数（介護度別）									
	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
男	0	0	0	0	0	0	1	4	5
女	0	0	1	1	0	0	1	2	5
計	0	0	1	1	0	0	2	6	10

当日入退所者							
当日入所者				当日退所者			
利用者名	要介護度	長・短	部屋	利用者名	要介護度	長・短	部屋

入院外泊転室者				
入院外泊者			転室者	
利用者名	外出・外泊	期間・時間	利用者名	転室前→転室後
* 留米 京 *				

往診通院者					
利用者名	医療機関名	診療科	利用者名	医療機関名	診療科

その他	
項目	内容

その他（夜勤）	
項目	内容

入所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

レクリエーション	フラワーアレンジメント	1	0	1
レクリエーション	絵手紙	0	0	0
レクリエーション	歌唱	0	0	0
面会	子	1	0	1
面会	孫	0	0	0
面会	兄弟姉妹	0	0	0
面会	友人	0	0	0
面会	居宅ケアマネ	0	0	0
受診	ミック診療所 内科	1	0	1
受診	ミック診療所 外科	0	0	0
受診	ミック診療所 整形外科	0	0	0
受診	南日本病院 内科	0	0	0
受診	南日本病院 皮膚科	0	0	0
受診	南日本病院 脳神経外科	0	0	0
往診	ミック診療所 居宅療養	0	0	0
往診	りさち歯科医院	0	0	0
ヒヤリハット・苦情	転倒 廊下	0	0	0
ヒヤリハット・苦情	転倒 自室	0	0	0
ヒヤリハット・苦情	転倒 その他	0	0	0
ヒヤリハット・苦情	打撲	0	0	0
ヒヤリハット・苦情	骨折	0	0	0
ヒヤリハット・苦情	裂傷	0	0	0
ヒヤリハット・苦情	苦情	0	0	0
入所送迎人数 迎え 0 名 送り 0 名				
入所送迎利用者				
迎え				
送り				

業務日誌（日勤）

		施設長	事務長	主任	担当

センチュリー ●●台

令和2年4月1日(水)	天 気	晴れ	作成者	* 玉 あや *	
在所	10名(男性	5名、女性	5名)		
入院	0名	外泊	0名	通院	0名
				往診	0名
				面会	1名
見学	2名				
勤務者	4人				
	* 京 一 * (介護支援専門員)、* 良 林 * (介護支援専門員)、* 阪 太 * (介護福祉士)、* 媛 悟 * (介護福祉士)				
行事					
	担当者会議 利用者 * 留米 二 * 10:00~				
要注意・観察者					
利用者	申し送り内容				
* 留米 二 *	14:41 [受診] ●●診療所 内科 本日 服薬変更				
特記事項					
	本日より服薬変更				
外出	2名				
	* 府 一 *, * 石 サ *				
	1 F 担当(1人)、2 F 担当(1人)				
1 F 担当	* 阜 梅 *				
2 F 担当	* 良 林 *				

業務日誌（夜勤）

		施設長	事務長	主任	担当

センチュリー ●●台

令和2年4月1日(水)	天気	晴れ	作成者	*京 一*
在所	10名(男性	5名、女性	5名)	
入院	0名	外泊	0名	通院
			0名	往診
			0名	面会
見学	2名			1名
勤務者	4人			
京 一(介護支援専門員)、*良 林*(介護支援専門員)、*阪 太*(介護福祉士)、*媛 悟*(介護福祉士)				
行事				
担当者会議 利用者 *留米 二* 10:00~				
外出 2名				
府 一, *石 サ*				
要注意・観察者(夜勤)				
利用者	申し送り内容(夜勤)			
留米 二	18:30 [面会] 居宅ケアマネ サービス開始の打ち合わせ 4月10日より			
特記事項(夜勤)				
本日、服薬変更 利用者 XXX様				
1F 担当(1人)、2F 担当(1人)				
1F 担当	*阜 梅*			
2F 担当	*良 林*			

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 ●●会	報告者名	* 玉 あや* （職種 社会福祉士）
事業所名	センチュリー ●●台	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・ <input checked="" type="radio"/> 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	サービス付き高齢者住宅 入居中				
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	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		

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 ●●会	報告者名	* 玉 あや* (職種 社会福祉士)
事業所名	センチュリー ●●台	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	002XXXXXXX
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	サービス付き高齢者住宅 入居中				
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	食堂		
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、何かに掴まらなる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。		

■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

899-01

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

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

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町××××番地

地域密着ケアハウス ●風

御中

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

小規模多機能 い●●

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

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		昼	1錠	R2/4/1~R2/4/30
					- 以下余白 -
備考					

会議名	認知症対応		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	* 京 一 * (介護職員)、* 阪 太 * (介護職員)、* 良 林 * (看護師)			
利用者基本情報	氏名	* 吉 花 * 様		
	介護度			

【各職種からのコメント】

1	看護師 パーキンソン病を患われており、反復動作や食行動の異常あり
2	介護職員 スプーン・ティッシュやマスクなどに拘りあり。 職員の姿が見えると、色々問いかけてくる。
3	介護職員 食堂や談話室など他社と関わる場所では落ち着かないが、居室内では静かに過ごしてらっしゃる。

【特記事項】

食事のスピードが速い、徘徊・放尿も見受けられる。

【利用継続】 可 否 検討

--

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	*ワケヨシ*	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	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	住所	鹿児島県鹿児島市東開町XXX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		治癒・死亡・中止 年 月 日
高血圧	令和1年10月		治癒・死亡・中止 年 月 日
			治癒・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
<p>受診 R 2.1.10 XXX病院</p> <p>既往 脳梗塞、高血圧</p> <p>原因 アテローム血栓性脳梗塞</p> <p>主訴 麻痺や感覚障害</p> <p>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。</p> <p>1/10 XXX入院</p> <p>1/11 持参薬中止、抗血小板薬投与</p> <p>1/16 頸動脈内皮剥離術（CEA）実施 経過観察中</p>	<p>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。</p>

《基本情報》

フリガナ	*クニヨシ*	男・ <input checked="" type="radio"/> 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 二	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。 デイ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

《処方薬》

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

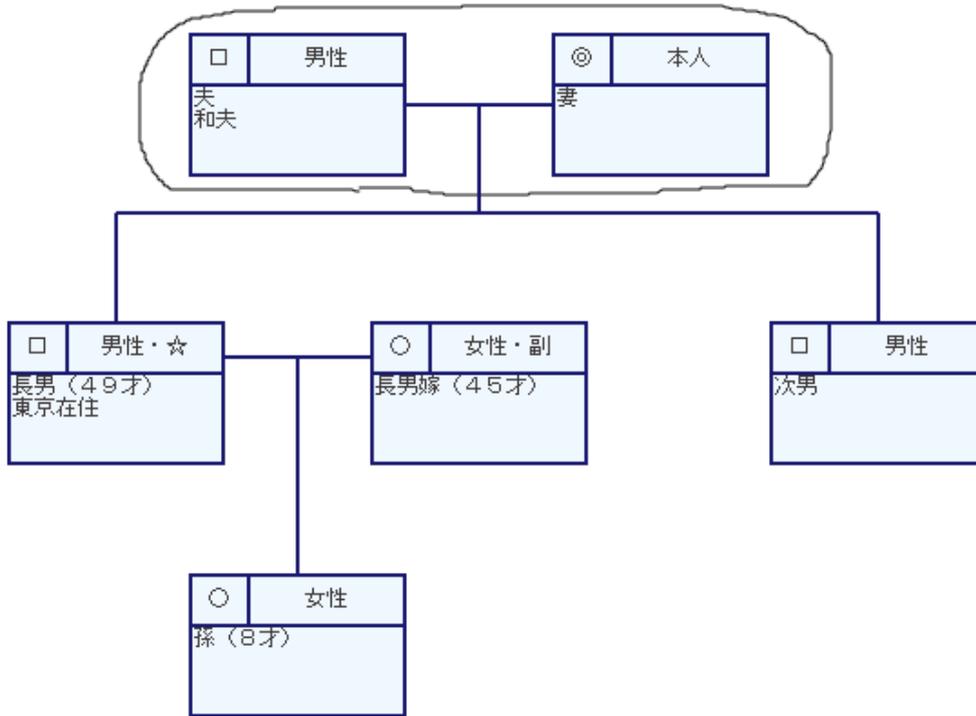
《ADL・IADL》

	項目名	評価	備考
ADL	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	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	

家族構成図

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》

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 和		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 ジ*		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 ヨシ* *国 良*	男・ <input checked="" type="radio"/> 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》

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》

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
---------------	----	----------------	---

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》

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》

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
ケニ カズ		男	夫	不要		099-XXX-XXXX	同居	農業
国 和		男	長男	不要	主介護者	099-XXX-XXXX	別居	会社員
**ケニ ヨシ*		男	次男	不要	副介護者	099-XXX-XXXX	別居	公務員
ケニ ジ		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、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。	

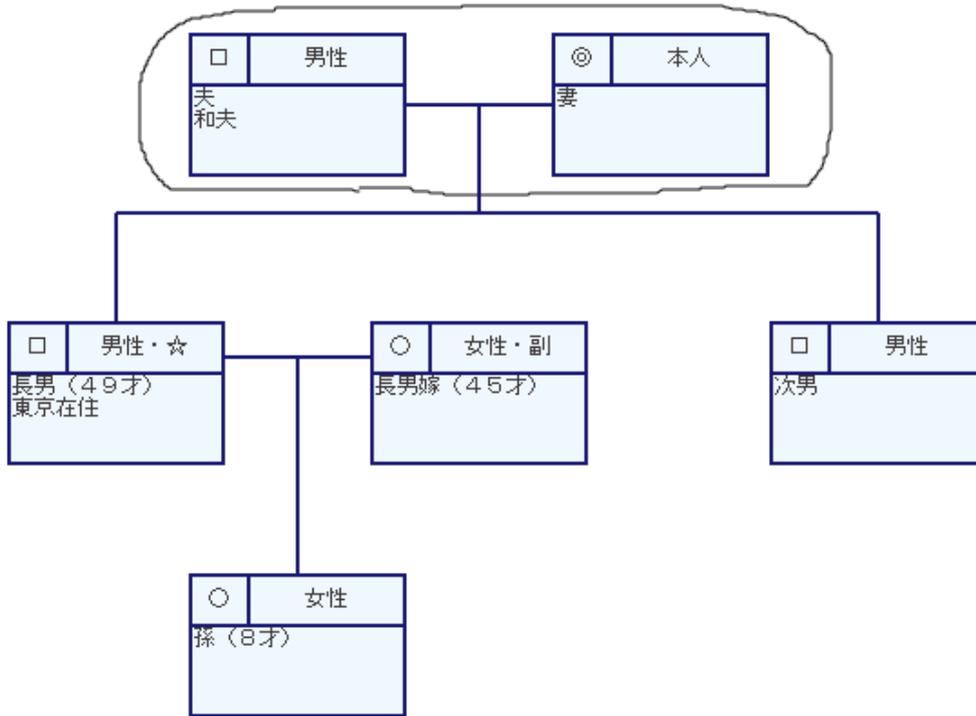
《現病歴・既往歴情報》

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

家族構成図

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》

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 和		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 ジ*		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	*クニ ヨシ*		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 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
	クニ カズ	男	夫	099-XXX-XXXX	同居	農業
	**クニ ヨシ*	男	長男	099-XXX-XXXX	別居	会社員
	クニ ジ	男	次男	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。				

介護トータルシステム『寿』
サービス付高齢者向け住宅サービス 帳票サンプル

発行 令和 3年 7月