

介護トータルシステム『寿』

居宅療養管理指導サービス



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、個人名とは、一切関係がありません。

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
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
未収金一覧表
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
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
その他費用明細一覧表
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覧
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

目 次

■アセスメント■

簡易アセスメント

■サービス計画書■

居宅支援経過記録

サービス担当者会議の要点

サービス予定カレンダー（利用者別／スタッフ別）

■業務帳票■

掲示板

利用料請求書（様式A～F）

納付書（納入通知書／納入書／収入済通知書）

相談記録（利用希望を含む）

苦情記録

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

訪問時の取り決め

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・すごし方			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	

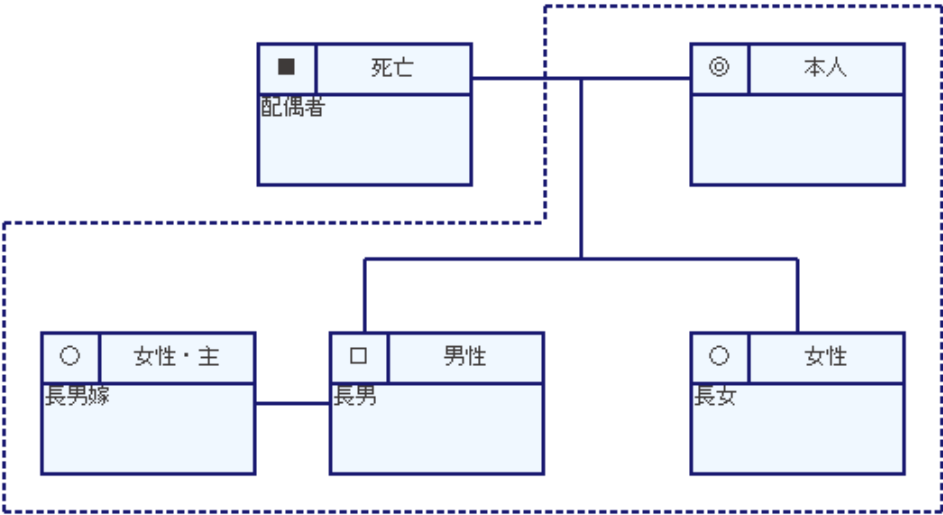
《主治医》

	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04月16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*	*カシ キョウ*	女	S14/6/16	要介護 4	R1/9/1	R2/8/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 2 4	099-XXX-XXXX	H30/6/25～	ケアセンター「み ●●」
2	*石 サ*	*カシ サコウジユ *	女	S21/1/1	要介護 1	H31/4/1	R3/3/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	099-XXX-XXXX	H29/12/1～	ケアセンター「み ●●」
3	*世保 花*	*セホ ホナ*	女	S14/9/7	要介護 5	H31/1/1	R2/12/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	099-XXX-XXXX	H29/11/1～	ケアセンター「み ●●」
4	*城 三*	*ツラキ サブ`ロ *	男	S14/6/20	要介護 3	H29/11/1	R2/12/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	099-XXX-XXXX	H25/3/1～	ケアセンター「み ●●」
5	*沢 花*	*ナザ`リ ホナ*	女	S14/4/22	要支援 2	H31/1/1	R3/12/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	099-XXX-XXXX	H25/2/1～	東●●●地域包括 支援センター
6	*屋 京*	*ヤ キョウ*	女	S14/10/2	要介護 4	H31/4/1	R3/3/31		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 ●●」
7	*屋 二*	*ヤ シ`ロ*	男	S14/9/29	要介護 2	H31/3/1	R3/3/31		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 ●●」
8	*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 番地	099-XXX-XXXX	H25/2/1～	東●●●地域包括 支援センター
9	*倉 三*	*マクラ サブ`ロ*	男	S14/3/22	要介護 2	H31/3/1	R3/3/31		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 ●●」
10	*路 百*	*ミシ` サ*	女	S10/4/1	要介護 2	H31/3/1	R3/3/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	099-XXX-XXXX	H30/1/1～	ケアセンター「み ●●」
11	*路 三*	*ミシ` サブ`ロ*	男	S14/6/14	要介護 4	R1/10/1	R2/9/30		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X - 2 1	099-XXX-XXXX	H30/1/1～	ケアセンター「み ●●」
12	*路 四*	*ミシ` シロ*	男	S11/11/11	要介護 2	R2/1/1	R2/12/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X X - X X	099-XXX-XXXX	R2/1/1～	ケアセンター「み ●●」
13	*路 良*	*ミシ` ヨシ*	女	S14/4/17	要支援 2	R1/5/1	R5/3/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	099-XXX-XXXX	H30/1/22～	ケアセンター「み ●●」
14	*山 太*	*ラシヤマ タロ*	男	S21/10/10	要支援 2	R1/10/1	R3/3/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X - 1 2	099-XXX-XXXX	H30/10/1～	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

【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	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24

 * 石 京 * 様
(* 石 京 * 様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXXX番地

 * 石 サ * 様
(* 石 サ * 様分)

858-0044
長崎県佐世保市相生町1234-6

 * 世保 花 * 様
(* 世保 花 * 様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

 * 城 三 * 様
(* 城 三 * 様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

 * 沢 花 * 様
(* 沢 花 * 様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

 * 屋 京 * 様
(* 屋 京 * 様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

 * 屋 二 * 様
(* 屋 二 * 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 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 (居宅療養管理指導)

(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 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(居宅療養管理指導)	

(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。

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：1003

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：＊路 四＊様

生年月日：昭和11年11月11日

介護度：要介護2

計画単位：0

実績単位：0

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		
	医師居宅療養管理指導Ⅰ	予定						1							1																	2		
	1	実績						1							1																	2	(1,018)	

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)
医師居宅療養管理指導Ⅰ 1	311111	509	2	(1,018)			10.00		90					
計画単位		0	合計	0	0	0		10,180		9,162		0	1,018	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
居宅療養管理指導	0	0	0	1,018

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5月1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
4699999997	ケアセンターみ●●	1	* 石 京 *	要介護 4	0024939400	011023	0	0	0	2,014	0
		2	* 石 サ *	要介護 1	2899990001	462010	0	0	0	1,018	0
		3	* 世保 花 *	要介護 5	4600000907	462010	0	0	0	1,424	0
		4	* 城 三 *	要介護 3	4623232323	462010	0	0	0	1,120	0
		5	* 屋 二 *	要介護 2	4611118888	462010	0	0	0	570	0
		6	* 路 四 *	要介護 2	1111111000	282012	0	0	0	1,018	0

未収金一覧

請求金額合計	23,420
未収金額合計	23,420
入金額合計	0

R2/05/10～R2/05/15

R2/05/16 時点

印刷日

R2/07/16

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
89	1234	* 石 京 *	請求グループ12	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	8,028	8,028		区分 請求書送付 * 石 京 * 電話 099-XXX-XXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 2 4
	1234	* 石 京 *				計	8,028	8,028		
90		* 石 サ *	請求グループ12	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	3,018	3,018		区分 口座引落 ●●銀行 * 石 サ * 電話 099-XXX-XXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X X 番地
		* 石 サ *				計	3,018	3,018		
91		* 世保 花 *	請求グループ12	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	6,424	6,424		区分 請求書送付 * 世保 花 * 電話 099-XXX-XXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X X 番地
		* 世保 花 *				計	6,424	6,424		
92		* 城 三 *	請求グループ12	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	3,120	3,120		区分 振込 * 城 三 * 電話 099-XXX-XXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
		* 城 三 *				計	3,120	3,120		
93		* 沢 花 *	請求グループ12	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	2,830	2,830		区分 請求書送付 * 沢 花 * 電話 099-XXX-XXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

事業所別未収金一覧表 (●●●病院)

印刷日 2020年5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
1234	* 石 京 *	女	¥4,028	¥0	¥0	¥0	¥0	¥4,000	¥0	¥8,028	¥0	¥8,028	¥2,008	¥0	¥10,036
	* 石 サ *	女	¥1,018	¥0	¥0	¥0	¥0	¥2,000	¥0	¥3,018	¥0	¥3,018	¥0	¥0	¥3,018
	* 世保 花 *	女	¥1,424	¥0	¥0	¥0	¥0	¥5,000	¥0	¥6,424	¥0	¥6,424	¥0	¥0	¥6,424
	* 城 三 *	男	¥1,120	¥0	¥0	¥0	¥0	¥2,000	¥0	¥3,120	¥0	¥3,120	¥0	¥0	¥3,120
	* 沢 花 *	女	¥830	¥0	¥0	¥0	¥0	¥2,000	¥0	¥2,830	¥0	¥2,830	¥0	¥0	¥2,830
	* 屋 京 *	女	¥970	¥0	¥0	¥0	¥0	¥2,000	¥0	¥2,970	¥0	¥2,970	¥0	¥0	¥2,970
	* 屋 二 *	男	¥570	¥0	¥0	¥0	¥0	¥2,000	¥0	¥2,570	¥0	¥2,570	¥0	¥0	¥2,570
1012	* 路 三 *	男	¥1,018	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥1,018	¥0	¥1,018	¥0	¥0	¥1,018
1003	* 路 四 *	男	¥1,018	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥1,018	¥0	¥1,018	¥0	¥0	¥1,018
123456	* 山 太 *	男	¥1,018	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥1,018	¥0	¥1,018	¥0	¥0	¥1,018
全体合計			¥13,014	¥0	¥0	¥0	¥0	¥19,000	¥0	¥32,014	¥0	¥32,014	¥2,008	¥0	¥34,022

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	ベッド代					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	交通費								
	テレビ代									
* 石 京 *	0	0								
	0	0								
R02/04/01～R02/04/30	0	4,000								0
	0									0
小 計							4,000	0	4,000	0
* 石 サ *	0	0								
	0	0								
R02/04/01～R02/04/30	0	2,000								0
	0									0
小 計							2,000	0	2,000	0
* 世保 花 *	0	0								
	0	0								
R02/04/01～R02/04/30	0	5,000								0
	0									0
小 計							5,000	0	5,000	0
* 城 三 *	0	0								
	0	0								
R02/04/01～R02/04/30	0	2,000								0
	0									0
小 計							2,000	0	2,000	0
* 屋 二 *	0	0								
	0	0								
R02/04/01～R02/04/30	0	2,000								0
	0									0
小 計							2,000	0	2,000	0
総合計	0	0								
	0	0								
	0	19,000								0
	0									0
							15,000	0	15,000	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

居宅療養管理指導

	医師居宅療養Ⅰ	歯科医居宅療養Ⅲ	薬居宅療養Ⅱと特薬	歯科衛生士居宅療養Ⅰ	特別地域加算	介護(保険) 介護(自費)	保険内単位	合計金額	軽減額	請求金額
	医師居宅療養Ⅱ	薬居宅療養Ⅰ	管理栄養士居宅療養Ⅰ	歯科衛生士居宅療養Ⅱ	小規模事業所加算					
	歯科医居宅療養Ⅰ	薬居宅療養Ⅰと特薬	管理栄養士居宅療養Ⅱ	歯科衛生士居宅療養Ⅲ	中山間地域等提供加算					
	歯科医居宅療養Ⅱ	薬居宅療養Ⅱ	管理栄養士居宅療養Ⅲ	看護職員居宅療養						
* 石 京 *	0	0	0	1,424	0		4,028			
	590	0	0	0	0		0			
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0	0					
	0	0	0	0			2,014			
小 計								4,028	0	4,028
* 石 サ *	1,018	0	0	0	0		1,018			
	0	0	0	0	0		0			
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0	0					
	0	0	0	0			1,018			
小 計								1,018	0	1,018
* 世保 花 *	0	0	0	1,424	0		1,424			
	0	0	0	0	0		0			
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0	0					
	0	0	0	0			1,424			
小 計								1,424	0	1,424
* 城 三 *	0	0	0	0	0		1,120			
	0	1,120	0	0	0		0			
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0	0					
	0	0	0	0			1,120			
小 計								1,120	0	1,120
* 屋 京 *	970	0	0	0	0		970			
	0	0	0	0	0		0			
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0	0					
	0	0	0	0			970			
小 計								970	0	970
* 屋 二 *	0	0	0	0	0		570			
	570	0	0	0	0		0			
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0	0					
	0	0	0	0			570			
小 計								570	0	570
* 路 三 *	1,018	0	0	0	0		1,018			
	0	0	0	0	0		0			
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0	0					
	0	0	0	0			1,018			
小 計								1,018	0	1,018

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

居宅療養管理指導

	医師居宅療養Ⅰ	歯科医居宅療養Ⅲ	薬居宅療養Ⅱと特薬	歯科衛生士居宅療養Ⅰ	特別地域加算		介護(保険)	合計金額	軽減額	請求金額
	医師居宅療養Ⅱ	薬居宅療養Ⅰ	管理栄養士居宅療養Ⅰ	歯科衛生士居宅療養Ⅱ	小規模事業所加算		介護(自費)			
	歯科医居宅療養Ⅰ	薬居宅療養Ⅰと特薬	管理栄養士居宅療養Ⅱ	歯科衛生士居宅療養Ⅲ	中山間地域等提供加算					
	歯科医居宅療養Ⅱ	薬居宅療養Ⅱ	管理栄養士居宅療養Ⅲ	看護職員居宅療養			保険内単位			
* 路 四 *	1,018	0	0	0	0		1,018	1,018	0	1,018
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0	0		0			
	0	0	0	0	0					
	0	0	0	0			1,018			
小 計								1,018	0	1,018
総合計	4,024	0	0	2,848	0		11,166	11,166	0	11,166
	1,160	1,120	0	0	0		0			
	0	0	0	0	0					
	0	0	0	0			9,152			

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21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	交通費								
	テレビ代				保険内単位					
* 石 京 *	0	0			4,028	8,028	0	8,028	0	請求書送付 R02/05/11
1234	0	0			0					
R02/04/01～R02/04/30	0	4,000								
89	0				2,014					
小 計										
* 石 サ *	0	0			1,018	3,018	0	3,018	0	口座引落 ●●●銀行 R02/05/11
	0	0			0					
R02/04/01～R02/04/30	0	2,000								
90	0				1,018					
小 計										
* 世保 花 *	0	0			1,424	6,424	0	6,424	0	請求書送付 R02/05/11
	0	0			0					
R02/04/01～R02/04/30	0	5,000								
91	0				1,424					
小 計										
* 城 三 *	0	0			1,120	3,120	0	3,120	0	振込 R02/05/11
	0	0			0					
R02/04/01～R02/04/30	0	2,000								
92	0				1,120					
小 計										
* 沢 花 *	0	0			830	2,830	0	2,830	0	請求書送付 R02/05/11
	0	0			0					
R02/04/01～R02/04/30	0	2,000								
93	0				830					
小 計										
* 屋 京 *	0	0			970	2,970	0	2,970	0	請求書送付 R02/05/11
	0	0			0					
R02/04/01～R02/04/30	0	2,000								
94	0				970					
小 計										
総合計	0	0			9,390	26,390	0	26,390	0	
	0	0			0					
	0	17,000								
	0				7,376					

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	* 石 京 *	8,028	8,028
2	* 石 サ *	3,018	3,018
3	* 世保 花 *	6,424	6,424
4	* 城 三 *	3,120	3,120
5	* 沢 花 *	2,830	2,830
6	* 屋 京 *	2,970	2,970
7	* 屋 二 *	2,570	2,570
8	* 路 一 *	1,018	1,018
9	* 路 四 *	3,018	3,018
10	* 山 太 *	1,018	1,018
合計		34,014	34,014

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

入金日期間：令和02年05月20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	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	

印刷日 R2/5/11

その他費用名： 交通費

[illegible]

月別医療費控除一覧

* 路 四 * 様 住所 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X X - X X

医療費控除対象金額 6,108 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	3,018 円	1,018 円
令和2年2月	2,018 円	1,018 円
令和2年3月	3,018 円	1,018 円
令和2年4月	1,018 円	1,018 円
令和2年5月	3,018 円	1,018 円
令和2年6月	3,018 円	1,018 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	15,108 円	6,108 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21日

利用者氏名： * 城 三 *

測定日： 令和3年4月1日

生年月日： 昭和14年6月20日 男 81 歳

測定者： * 玉 あや *

要介護度： 要介護3

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	10
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	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	5
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（ 60 / 100点）

統計資料

年齢別利用者数

サービス：居宅療養管理
対象年月：令和2年4月

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			4(1)							4(1)
	女				4(1)						4(1)
	計			4(1)	4(1)						8(2)
75 ～ 79	男										
	女										
	計										
80 ～ 84	男					6(2)	5(1)	22(1)			33(4)
	女			4(1)				12(2)	5(1)		21(4)
	計			4(1)		6(2)	5(1)	34(3)	5(1)		54(8)
85 ～ 89	男										
	女										
	計										
90 ～ 94	男										
	女										
	計										
95 ～ 99	男										
	女										
	計										
100 ～	男										
	女										
	計										
合 計	男			4(1)		6(2)	5(1)	22(1)			37(5)
	女			4(1)	4(1)			12(2)	5(1)		25(5)
	計			8(2)	4(1)	6(2)	5(1)	34(3)	5(1)		62(10)

平均介護度： 2.58 男性： 2.28 女性： 2.88

平均年齢： 79.0 男性： 79.2 女性： 78.8

- 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	10 人	内 訳	男 性	5 人	延利用者数	62 人
			女 性	5 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	1 人	0 人	4 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	2 人	0 人	8 人	0 人	0 人	0 人	0 人	10 人

(3)利用回数

区 分	週 1回	週 2回	週 3回	週 4回～	計
男 性	4 人	0 人	0 人	1 人	5 人
女 性	4 人	1 人	0 人	0 人	5 人
計	8 人	1 人	0 人	1 人	10 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	1 人	0 人	2 人	1 人	0 人	0 人	1 人	0 人	5 人
女 性	0 人	0 人	0 人	0 人	1 人	2 人	0 人	0 人	2 人	0 人	5 人
計	0 人	0 人	1 人	0 人	3 人	3 人	0 人	0 人	3 人	0 人	10 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	0 人	0 人	0 人	ランク I	0 人	0 人	0 人
要支援2	1 人	1 人	2 人	〃 II a	0 人	0 人	0 人
要介護1	0 人	1 人	1 人	〃 II b	0 人	0 人	0 人
要介護2	2 人	0 人	2 人	〃 III a	0 人	0 人	0 人
要介護3	1 人	0 人	1 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	0 人	1 人	1 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	5 人	5 人	10 人
計	5 人	5 人	10 人	計	5 人	5 人	10 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	9
請求事業所	名称	居宅療養 ●●●病院							
	所在地	〒 8 9 1 - 0 1 1 5 鹿児島市 X X X 町 X X X X 番地 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	12	21,430	214,300	190,856		23,444					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	12	21,430	214,300	190,856		23,444					

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 険 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	9	9
請求事業所	名称	居宅療養 ●●●病院								
	所在地	〒 8 9 1 - 0 1 1 5								
		鹿児島市X X X町X X X X番地 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	18,398	183,980	165,582		18,398					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	10	18,398	183,980	165,582		18,398					

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 険 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	9	9
請求事業所	名称	居宅療養 ●●●病院								
	所在地	〒 8 9 1 - 0 1 1 5								
		鹿児島市X X X町X X X X番地 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	18,398	183,980	165,582		18,398					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	10	18,398	183,980	165,582		18,398					

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

(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02年04月分															
公費受給者番号										保険者番号282012															
被保険者	被保険者番号	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	請求事業者	事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	9	9	9		
	(フリガナ)	*メジ シロ*											居宅療養 ●●●病院												
	氏名	*路 四*																							
	生年月日	1. 明治 2. 大正 ③. 昭和 性別 ①. 男 2. 女											〒891-0115 鹿児島市XXX町XXX番地5												
	要介護状態区分	要介護1・②・3・4・5																							
認定有効期間	令和02年01月01日から										連絡先 電話番号 099-XXX-XXXX														
	令和02年12月31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		4699999997										事業所名称		ケアセンター み●●									
開始年月日												中止年月日													
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						
	医師居宅療養管理指導Ⅰ1		311111				509		2	1018									7, 14						
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		31		居宅療養管理指導																				
	③サービス実日数		2		日				日				日				日								
	④計画単位数																								
	⑤限度額管理対象単位数																								
	⑥限度額管理対象外単位数																		給付率 (/100)						
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥				1018														保険 90						
	⑧公費分単位数																		公費						
	⑨単位数単価		1000		円/単位		▲		円/単位		▲		円/単位		▲		円/単位		合計						
	⑩保険請求額				9162		▲				▲								9162						
	⑪利用者負担額				1018														1018						
	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			

(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 2 8 2 0 1 2															
被保険者	被保険者番号	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	請求事業者	事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	9	9	9		
	(フリガナ)	*メジ シロ*											居宅療養 ●●●病院												
	氏名	*路 四*																							
	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 X X X 町 X X X X 番地 5												
	要介護状態区分	要介護1・②・3・4・5																							
認定有効期間	令和 0 2 年 0 1 月 0 1 日 から										連絡先 電話番号 099-XXX-XXXX														
	令和 0 2 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												中止年月日													
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						
	医師居宅療養管理指導Ⅰ		3 1 1 1 1 1				5 0 9		2	1 0 1 8									7, 14						
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		3 1		居宅療養管理指導																				
	③サービス実日数		2		日				日				日				日								
	④計画単位数																								
	⑤限度額管理対象単位数																								
	⑥限度額管理対象外単位数																				給付率 (/100)				
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥				1 0 1 8														保険						
	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																								
	⑪利用者負担額				1 0 1 8														1 0 1 8						
	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 居宅療養 ●●●病院

印刷日: 令和2年5月10日

利用者: *路 四* (男)(1003) 提供年月: 令和2年4月

被保険者番号(給付率): 282012 - 1111111000 (90%) 要介護2 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	
	医師居宅療養管理指導Ⅰ	311111	509	2	1,018					7,14

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	
	居宅療養管理指導		2		0		0	0
	1,018		0		0		10.00	9,162
	1,018		0		0		0	0
	合計情報							9,162
	1,018		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： R02/05/10

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
居宅療養管理指導	要介護 1	311111	医師居宅療養管理指導Ⅰ 1	509	2	1,018	10,180	1
居宅療養管理指導	要介護 2	311114	医師居宅療養管理指導Ⅱ 2	285	2	570	5,700	1
居宅療養管理指導	要介護 3	311221	薬剤師居宅療養Ⅰ 1	560	2	1,120	11,200	1
居宅療養管理指導	要介護 4	311111	医師居宅療養管理指導Ⅰ 1	509	2	1,018	10,180	1
居宅療養管理指導	要介護 4	311112	医師居宅療養管理指導Ⅱ 1	295	2	590	5,900	1
居宅療養管理指導	要介護 4	311113	医師居宅療養管理指導Ⅰ 2	485	2	970	9,700	1
居宅療養管理指導	要介護 4	311241	歯科衛生士等居宅療養Ⅰ	356	4	1,424	14,240	1
居宅療養管理指導	要介護 5	311241	歯科衛生士等居宅療養Ⅰ	356	4	1,424	14,240	1
小計		31****	居宅療養管理指導	-	-	8,134	81,340	8
介護予防居宅療養管理指導	要支援 2	341111	予防医師居宅療養Ⅰ 1	509	2	1,018	10,180	1
介護予防居宅療養管理指導	要支援 2	341251	予防薬剤師居宅療養Ⅰ 2	415	2	830	8,300	1
小計		34****	介護予防居宅療養管理指導	-	-	1,848	18,480	2
夜間対応型訪問介護	要介護 4	711111	夜間訪問介護Ⅰ 基本	1013	1	101	1,010	1
夜間対応型訪問介護	要介護 4	716100	夜間訪問サービス提供体制加算Ⅰ 1		5	10	100	1
夜間対応型訪問介護	要介護 4	716111	夜間訪問介護処遇改善加算Ⅰ		1	15	150	1
小計		71****	夜間対応型訪問介護	-	-	126	1,260	3
認知症対応型通所介護	要介護 2	721347	認知症通所介護Ⅰ i 4 2	969	9	8,721	87,210	1
認知症対応型通所介護	要介護 2	725301	認知通所介護入浴介助加算		9	450	4,500	1
認知症対応型通所介護	要介護 2	726100	認知通所サービス提供体制加算Ⅰ 1		9	162	1,620	1
認知症対応型通所介護	要介護 2	726107	認知通所介護処遇改善加算Ⅰ		1	971	9,710	1
小計		72****	認知症対応型通所介護	-	-	10,304	103,040	4
合計		-	-	-	-	20,412	204,120	17

サービスコード別請求額一覧

提供年月： R02/04 ～ R02/04

作成日： R02/07/16

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
居宅療養管理指導	311111	医師居宅療養管理指導Ⅰ 1	509	4	2,036	20,360	2
居宅療養管理指導	311112	医師居宅療養管理指導Ⅱ 1	295	2	590	5,900	1
居宅療養管理指導	311113	医師居宅療養管理指導Ⅰ 2	485	2	970	9,700	1
居宅療養管理指導	311114	医師居宅療養管理指導Ⅱ 2	285	2	570	5,700	1
居宅療養管理指導	311221	薬剤師居宅療養Ⅰ 1	560	2	1,120	11,200	1
居宅療養管理指導	311241	歯科衛生士等居宅療養Ⅰ	356	8	2,848	28,480	2
小計	31****	居宅療養管理指導	-	-	8,134	81,340	8
介護予防居宅療養管理指導	341111	予防医師居宅療養Ⅰ 1	509	2	1,018	10,180	1
介護予防居宅療養管理指導	341251	予防薬剤師居宅療養Ⅰ 2	415	2	830	8,300	1
小計	34****	介護予防居宅療養管理指導	-	-	1,848	18,480	2
夜間対応型訪問介護	711111	夜間訪問介護Ⅰ 基本	1013	1	101	1,010	1
夜間対応型訪問介護	716100	夜間訪問サービス提供体制加算Ⅰ 1		5	10	100	1
夜間対応型訪問介護	716111	夜間訪問介護処遇改善加算Ⅰ		1	15	150	1
小計	71****	夜間対応型訪問介護	-	-	126	1,260	3
認知症対応型通所介護	721347	認知症通所介護Ⅰ i 4 2	969	9	8,721	87,210	1
認知症対応型通所介護	725301	認知通所介護入浴介助加算		9	450	4,500	1
認知症対応型通所介護	726100	認知通介サービス提供体制加算Ⅰ 1		9	162	1,620	1
認知症対応型通所介護	726107	認知通所介護処遇改善加算Ⅰ		1	971	9,710	1
小計	72****	認知症対応型通所介護	-	-	10,304	103,040	4
合計	-	-	-	-	20,412	204,120	17

稼動額集計表

提供年月：令和2年4月

(全請求分)

居宅療養 ●●●病院

印刷日：R2/5/10

要介護1				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		
2899990001	* 石 サ *	R2/4	31	9,162	0	0	0	0	0	1,018	0	2,000	0	12,180	
	合計	(件数計)	1	9,162	0	0	0	0	0	1,018	0	2,000	0	12,180	

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		
4611118888	* 屋 二 *	R2/4	31	5,130	0	0	0	0	0	570	0	2,000	0	7,700	
1111111000	* 路 四 *	R2/4	31	9,162	0	0	0	0	0	1,018	0	2,000	0	12,180	
	合計	(件数計)	2	14,292	0	0	0	0	0	1,588	0	4,000	0	19,880	

要介護3				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		
4623232323	* 城 三 *	R2/4	31	10,080	0	0	0	0	0	1,120	0	2,000	0	13,200	
	合計	(件数計)	1	10,080	0	0	0	0	0	1,120	0	2,000	0	13,200	

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		
0024939400	* 石 京 *	R2/4	31	16,112	0	0	0	0	0	4,028	0	4,000	0	24,140	
4635353535	* 屋 京 *	R2/4	31	8,730	0	0	0	0	0	970	0	2,000	0	11,700	
2800000003	* 路 三 *	R2/4	31	9,162	0	0	0	0	0	1,018	0	0	0	10,180	
	合計	(件数計)	3	34,004	0	0	0	0	0	6,016	0	6,000	0	46,020	

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		
4600000907	* 世保 花 *	R2/4	31	12,816	0	0	0	0	0	1,424	0	5,000	0	19,240	
	合計	(件数計)	1	12,816	0	0	0	0	0	1,424	0	5,000	0	19,240	

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	8	80,354	0	0	0	0	0	11,166	0	19,000	0	110,520	
	総 合 計		8	80,354	0	0	0	0	0	11,166	0	19,000	0	110,520	

介護給付費請求額一覧

請求年月：令和02年05月

居宅療養 ●●●病院

印刷日：R02/07/21

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
31	居宅療養管理指導	8	9,152	80,354	0	11,166	0	0	0	0	0
34	介護予防居宅療養管理指導	2	1,848	16,632	0	1,848	0	0	0	0	0
71	夜間対応型訪問介護	1	126	1,134	0	126	0	0	0	0	0
72	認知症対応型通所介護	1	10,304	92,736	0	10,304	0	0	0	0	0
事業所計		12	21,430	190,856	0	23,444	0	0	0	0	0
全体計		12	21,430	190,856	0	23,444	0	0	0	0	0

保険者別請求額一覧

提供年月 R02/04

指定サービス種類コード : 31

区分	件数	日数	費用額	保険負担額	公費負担額	本人負担額
011023	* 区					
居宅系	1	4	20,140	16,112	0	4,028
計	1	4	20,140	16,112	0	4,028
282012	* * 市					
居宅系	1	2	10,180	9,162	0	1,018
計	1	2	10,180	9,162	0	1,018
462010	* * * 市					
居宅系	6	14	61,200	55,080	0	6,120
計	6	14	61,200	55,080	0	6,120
合計						
居宅系	8	20	91,520	80,354	0	11,166
計	8	20	91,520	80,354	0	11,166

サービス集計一覧

提供年月： 令和02年04月 ～ 令和02年04月

サービス種類名： 居宅療養管理指導

印刷日：R02/07/21

氏名	医師居宅療養Ⅰ 医師居宅療養Ⅱ	歯科医居宅療養Ⅲ 薬居宅療養Ⅰ 歯科医居宅療養Ⅱ	薬居宅療養Ⅱと特薬 管理栄養士居宅療養Ⅰ 管理栄養士居宅療養Ⅱ	歯科衛生士居宅療養Ⅰ 歯科衛生士居宅療養Ⅲ	特別地域加算 小規模事業所加算 中山間地域等提供加算 【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 1										
* 石 サ *	1,018	0	0	0	0	保険	9,162	1,018	0	0
2899990001	0	0	0	0	0	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	1,018	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 1 小計 (1 人)	1,018	0	0	0	0	保険	9,162	1,018	0	0
	0	0	0	0	0	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	1,018	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 2										
* 屋 ニ *	0	0	0	0	0	保険	5,130	570	0	0
4611118888	570	0	0	0	0	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	570	特定治療・療養	0	0	0	0
* 路 四 *	1,018	0	0	0	0	保険	9,162	1,018	0	0
1003	0	0	0	0	0	食費	0	0	0	0
1111111000	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	1,018	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 2 小計 (2 人)	1,018	0	0	0	0	保険	14,292	1,588	0	0
	570	0	0	0	0	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	1,588	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 3										
* 城 三 *	0	0	0	0	0	保険	10,080	1,120	0	0
4623232323	0	1,120	0	0	0	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	1,120	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 3 小計 (1 人)	0	0	0	0	0	保険	10,080	1,120	0	0
	0	1,120	0	0	0	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	1,120	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 4										

サービス集計一覧

提供年月： 令和02年04月 ～ 令和02年04月

サービス種類名： 居宅療養管理指導

印刷日： R02/07/21

氏名 利用者番号 被保険者番号 低所得者区分	医師居宅療養Ⅰ 医師居宅療養Ⅱ 歯科医居宅療養Ⅰ 歯科医居宅療養Ⅱ	歯科医居宅療養Ⅲ 薬居宅療養Ⅰ 薬居宅療養Ⅰと特薬 薬居宅療養Ⅱ	薬居宅療養Ⅱと特薬 管理栄養士居宅療養Ⅰ 管理栄養士居宅療養Ⅱ 管理栄養士居宅療養Ⅲ	歯科衛生士居宅療養Ⅰ 歯科衛生士居宅療養Ⅱ 歯科衛生士居宅療養Ⅲ 看護職員居宅療養	特別地域加算 小規模事業所加算 中山間地域等提供加算 【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
* 石 京 *	0	0	0	1,424	0	保険	16,112	4,028	0	0
1234	590	0	0	0	0	食費	0	0	0	0
0024939400	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	2,014	特定治療・療養	0	0	0	0
* 屋 京 *	970	0	0	0	0	保険	8,730	970	0	0
4635353535	0	0	0	0	0	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	970	特定治療・療養	0	0	0	0
* 路 三 *	1,018	0	0	0	0	保険	9,162	1,018	0	0
1012	0	0	0	0	0	食費	0	0	0	0
2800000003	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	1,018	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護4 小計	1,988	0	0	1,424	0	保険	34,004	6,016	0	0
(3人)	590	0	0	0	0	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	4,002	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護5										
* 世保 花 *	0	0	0	1,424	0	保険	12,816	1,424	0	0
4600000907	0	0	0	0	0	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	1,424	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護5 小計	0	0	0	1,424	0	保険	12,816	1,424	0	0
(1人)	0	0	0	0	0	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	1,424	特定治療・療養	0	0	0	0
総合計										
(8人)	4,024	0	0	2,848	0	保険	80,354	11,166	0	0
	1,160	1,120	0	0	0	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	9,152	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

居宅支援経過記録

利用者氏名 *路 四* 殿

居宅サービス計画作成者(照会者)氏名 *玉 あや*

[illegible]

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 利用者宅

開催時間 09:00～10:00

開催回数 1

会議出席者	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名
	ケアセンター「み●●」 （介護支援専門員）	* 玉 あや *	●●●病院（看護師）	* 村 結 *	ケアセンター「み●●」 （介護支援専門員）	* 崎 六 *
	●●●病院（看護師）	* 木 あざ *				
検討した項目	初回サービス開始に向けて、利用者の薬剤利用状況確認 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. 薬剤管理について 現在利用中の薬の管理が出来ていない。					
結論	薬学的管理指導計画及び、処方医から提供された医師・歯科医師の居宅療養管理指導における情報提供に基づき、必要に応じ処方医と相談するとともに、他の医療関係職種（歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等及び訪問看護ステーションの看護師等）との間で情報を共有しながら、利用者の心身の特性及び処方薬剤を踏まえ、サービスを開始する。					
残された課題 （次回の開催時期）						

路 四

様

●●●病院

日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3	4
5 10:00-10:59 居宅療養管理 (* 阪)	6	7 13:00-14:00 居宅療養管理 (* 玉)	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23 11:00-12:00 居宅療養管理 (* 京)	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07月21日

玉 あや

様

●●●病院

日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3	4
5	6	7 13:00-14:00 居宅療養管理 (*路 四*)	8	9	10	11
12	13	14 13:00-14:00 居宅療養管理 (*路 四*)	15	16	17	18
19	20	21 13:00-14:00 居宅療養管理 (*路 四*)	22	23	24	25
26	27	28 13:00-14:00 居宅療養管理 (*路 四*)	29	30		

※は印刷できない他の予定があります

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
内容			
利用者 ●●さんの担当者会議を、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B A4

請求書

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXXX-X

利用者番号
1003

*路 四*様 氏 名

*路 四*様

請求金額 3,018 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	1,018	医療保険請求額 (④)	
保険内金額①	1,018	保険分金額合計	
保険外金額②		保険分利用者負担④	
減免金額③			
その他費用合計	2,000	医療費控除 対象金額	1,018 円
その他費用減免金額	0		

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
医師居宅療養管理指導 I 1	509	2		
交通費	1,000	2		2,000

*・・・内税(10%) 外・・・外税(10%) ★・・・内税(8%) 軽・・・外税(8%)	
前月までの未収額	8,054
合計請求額	11,072

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 127

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
21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

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

※備考

請求書 (控)

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXXX-X

利用者番号
1003

*路 四*様 氏 名

*路 四*様

請求金額 3,018 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	1,018	医療保険請求額 (④)	
保険内金額①	1,018	保険分金額合計	
保険外金額②		保険分利用者負担④	
減免金額③			
その他費用合計	2,000	医療費控除 対象金額	1,018 円
その他費用減免金額	0		

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
医師居宅療養管理指導 I 1	509	2		
交通費	1,000	2		2,000

*・・・内税(10%) 外・・・外税(10%) ★・・・内税(8%) 軽・・・外税(8%)	
前月までの未収額	8,054
合計請求額	11,072

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 127

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
21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

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

※備考

■様式B A4

領収書

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXXX-X

利用者番号1003

*路 四*様 氏 名

*路 四*様

領収金額 3,018 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	1,018	医療保険請求額 (④)	
保険内金額①	1,018	保険分金額合計	
保険外金額②		保険分利用者負担④	
減免金額③			
その他費用合計	2,000	医療費控除 対象金額	1,018 円
その他費用減免金額	0		

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
医師居宅療養管理指導 I 1	509	2		
交通費	1,000	2		2,000

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

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	127																			
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 ケアセンター「み●●」																				
項 目 名	単位 単価	回数	税	金額																

※備考

領収印

領収書（控）

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXXX-X

利用者番号1003

*路 四*様 氏 名

*路 四*様

領収金額 3,018 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	1,018	医療保険請求額 (④)	
保険内金額①	1,018	保険分金額合計	
保険外金額②		保険分利用者負担④	
減免金額③			
その他費用合計	2,000	医療費控除 対象金額	1,018 円
その他費用減免金額	0		

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
医師居宅療養管理指導 I 1	509	2		
交通費	1,000	2		2,000

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

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	127																			
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 ケアセンター「み●●」																				
項 目 名	単位 単価	回数	税	金額																

※備考

■様式D A5

利用者番号 1003

請求書

＊路 四＊ 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
3,018	
(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 127

医療費控除 対象金額	減免金額
¥1,018	

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
医師居宅療養管理指導 I 1	509	2

自費利用料金内訳	単価	回数	税	金額
交通費	1,000	2		2,000

*・・・内税(10%) 外・・・外税(10%) ★・・・内税(8%) 軽・・・外税(8%)	
前月までの未収額	8,054
合計請求額	11,072

■様式D A5

利用者番号 1003

請求書（控）

＊路 四＊ 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
3,018	
(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 127

医療費控除 対象金額	減免金額
¥1,018	

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
医師居宅療養管理指導 I 1	509	2

自費利用料金内訳	単価	回数	税	金額
交通費	1,000	2		2,000

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

■様式D A5

利用者番号 1003

領収書（控）

＊路 四＊ 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

領収金額	特定点数※1
3,018	
(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 127

医療費控除 対象金額	減免金額
¥1,018	

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
医師居宅療養管理指導 I 1	509	2

自費利用料金内訳	単価	回数	税	金額
交通費	1,000	2		2,000

＊・・・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1003

*路四*様

請求日 令和2年5月11日

請求金額	
3,018	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	
①の合計	
前月までの未収額	8,054
合計請求額	11,072

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町XXXX-X

*路四*様

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	1,018	1,018
保険外金額		軽減金額合計 ②
その他費用	2,000	
		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]			
居宅療養管理指導[ご利用期間:1日～30日]				計 : 1,018			
医師居宅療養管理指導 I 1				2 × 509			
その他費用 居宅療養管理指導[ご利用期間:1日～30日]				計 : 2,000			
交通費				2 × 1,000			

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

■様式 E A5

請求書 (控)

利用者番号 1003

* 路 四 * 様

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町XXXX-XX

入金日 令和2年5月11日

* 路 四 * 様

請求金額
3,018
(内消費税 10%:0円 8%:0円)
①の合計
領収金額
3,018

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	1,018	1,018
保険外金額		軽減金額合計 ②
その他費用	2,000	
		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		

[illegible]

居宅介護支援事業所
ケアセンター「み●●」

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

■様式 E A5

領収書（控）

利用者番号 1003
* 路 四 * 様

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町 X X X X - X X

入金日 令和2年5月11日

* 路 四 * 様

請 求 金 額
3, 018
(内消費税 10%:0円 8%:0円)
①の合計
領 収 金 額
3, 018

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	1, 018	1, 018
保険外金額		軽減金額合計 ②
その他費用	2, 000	
		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 21 22 23 24 25
26 27 28 29 30

[請求明細]			[請求明細]		
居宅療養管理指導[ご利用期間:1日～30日]			計: 1,018		
医師居宅療養管理指導 I 1			2 × 509		
その他費用 居宅療養管理指導[ご利用期間:1日～30日]			計: 2,000		
交通費			2 × 1,000		

■様式 F A5

請求書

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町X X X X－X X

利用者番号 1003

＊路 四＊様 氏 名 ＊路 四＊様

請求金額 3,018 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	1,018
保険内金額①	1,018
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	2,000
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	1,018 円
---------------	---------

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
医師居宅療養管理指導Ⅰ 1	509	2		
交通費	1,000	2		2,000

※備考

前月までの未収額	8,054
合計請求額	11,072

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 127

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
21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

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 X－X X

利用者番号 1003

＊路 四＊様 氏 名 ＊路 四＊様

領収金額 3,018 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	1,018
保険内金額①	1,018
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	2,000
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	1,018 円
---------------	---------

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
医師居宅療養管理指導Ⅰ 1	509	2		
交通費	1,000	2		2,000

※備考

前月までの未収額	8,054
合計請求額	11,072

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 127

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
21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

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 X－X X

利用者番号 1003

＊路 四＊様 氏 名 ＊路 四＊様

請求金額 3,018 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	1,018
保険内金額①	1,018
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	2,000
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	1,018 円
---------------	---------

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
医師居宅療養管理指導Ⅰ 1	509	2		
交通費	1,000	2		2,000

※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 127

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
21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

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 X－X X

利用者番号 1003

＊路 四＊ 様 氏 名 ＊路 四＊ 様

領収金額 3,018 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	1,018
保険内金額①	1,018
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	2,000
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	1,018 円
---------------	---------

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
医師居宅療養管理指導Ⅰ 1	509	2		
交通費	1,000	2		2,000

※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 127

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
21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

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	*路 四*	様
令和2年度収入				
金 額		3,018 円		
納 入 期 限		令和2年5月25日		
納 入 場 所		●●●病院		
居宅療養管理指導 利用料(4月 分)				
発 行 年 月 日		令和2年5月15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	*路 四*	納
令和2年度収入				
金 額		3,018 円		
納 入 期 限		令和2年5月25日		
納付金の内容 居宅療養管理指導 利用料(4月 分)				
発 行 年 月 日		令和2年5月15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	*路 四*	納
令和2年度収入				
金 額		3,018 円		
納 入 期 限		令和2年5月25日		
収入金の内容 (納付金) 居宅療養管理指導 利用料(4月 分)				
発 行 年 月 日		令和2年5月15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

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 *路 四* 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 ●●会	報告者名	* 玉 あや* （職種 看護師 ）
事業所名	居宅療養 ●●●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 居宅療養 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	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 ●●会	報告者名	* 玉 あや* （職種 社会福祉士）
事業所名	居宅療養 ●●●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×××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	002XXXXXX
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×××番地24				
利用者の生活状況	居宅療養 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	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、何かに掴まら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

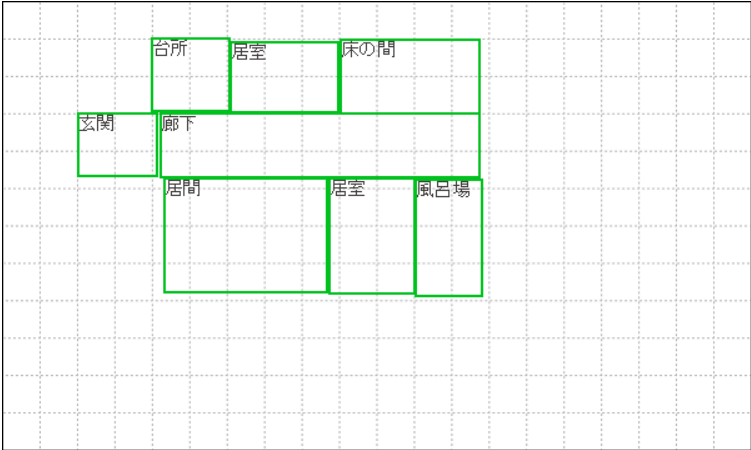
* 石 京 * 様 訪問時の取り決め

作成日： 令和02年04月01日

作成者： * 玉 あや *

訪問時の取り決め

- ・ 訪問時、必ず家人へ声掛けし、状況確認を行う。

持参物品	鍵預かり (有 ・ 〇) SAT (有 ・ 〇) その他 ()	
訪問時	駐車場所 (家の前に壁側に付けて駐車する。早朝・夜間の出入りは静かに行う。)	
準備	必要物品	保管場所
	・ タオル ・ 着替え ・ バケツ ・ オムツ類 ・ 石鹸 他 ・ 湯の出る場所	(家人準備) (家人準備) (脱衣室) (家人準備) (風呂場) (台所) () () ()
後始末	・ ゴミの処理 ・ 汚水の排出場所 ・ 洗濯物 ・ 手洗い場所 ・ その他 ・ 連絡ノート	() () () () () () ()
室内の様子		

利用者確認日： 令和02年04月01日

■事業所ラベル

891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地	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	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	891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地
------------------------------	------------------------------

ケアセンター「み●●」	御中	宅老所 ●ち	御中
-------------	----	--------	----

891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地	891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地
------------------------------	------------------------------

●●●病院	御中	有料老人ホーム ●風	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	薬剤による支援		司会者	* 玉 あや *
			記録者	* 京 一 *
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 ~ 11:00			
カンファレンス出席者	* 玉 あや * (介護支援専門員)、* 媛 悟 * (薬剤師)、* 阜 梅 * (医師)、* 木 あざ * (看護師)			
利用者 基本情報	氏名	* 原 三 * 様		
	介護度	要介護2		

【各職種からのコメント】

1	看護師 通院困難理由 ・通院時に家族やヘルパーの付き添いが必要。
	医師 2 独立歩行はできるが、認知機能低下で付き添いが必要。
3	薬剤師 実施項目としては ・服薬指導 ・残薬管理、薬の整頓、薬の保管状況の確認 ・患者さんに合った剤形の提案 ・経管投与方法の提案 ・飲み合わせ・食べ合わせのチェック ・効果・副作用のチェック ・生活習慣の指導 ・各医療・介護スタッフへの情報提供

【特記事項】

服用回数が多い場合（食前、食間がある場合）は、カレンダーを2枚横に並べて、上の部分の表示を変えて使う。

【利用継続】 ☒ 可 ☐ 否 検討

多職種連携 ・退院時カンファレンスへの参加。 ・ケアマネサービス担当者会議への参加。 ・緩和ケア委員会などの各種委員会への参加。

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	*㍑に ヅ*			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》

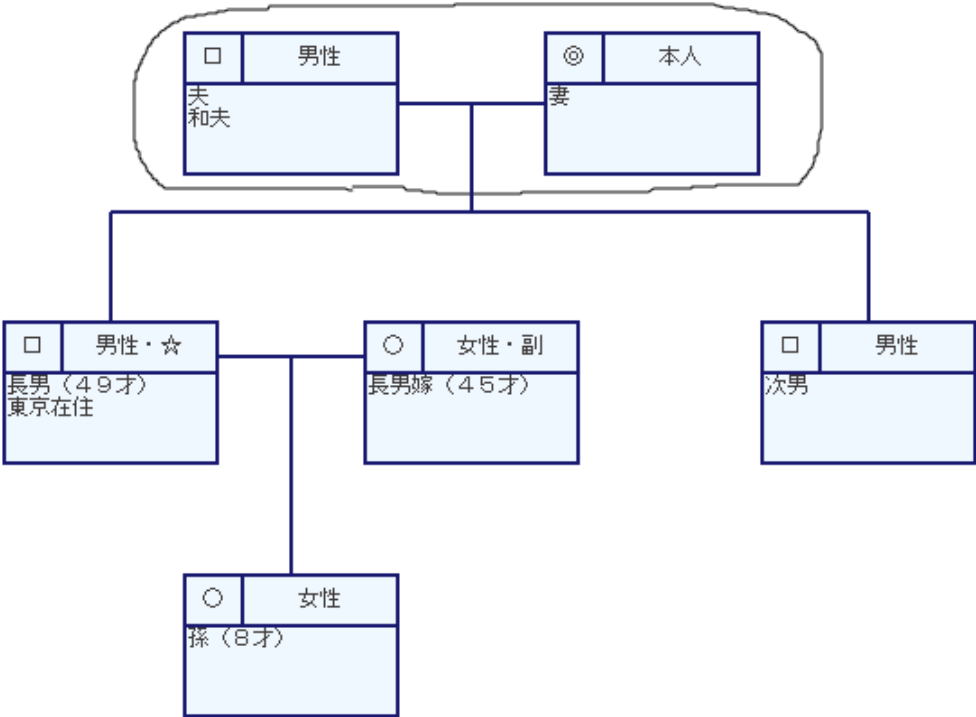
処方薬	薬剤名称	処方区分	剤形	用量	単位	朝	昼	夕	寝	随	用法
	アムロジン錠5mg	内服薬	錠剤	2	錠				○		就寝前

《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》

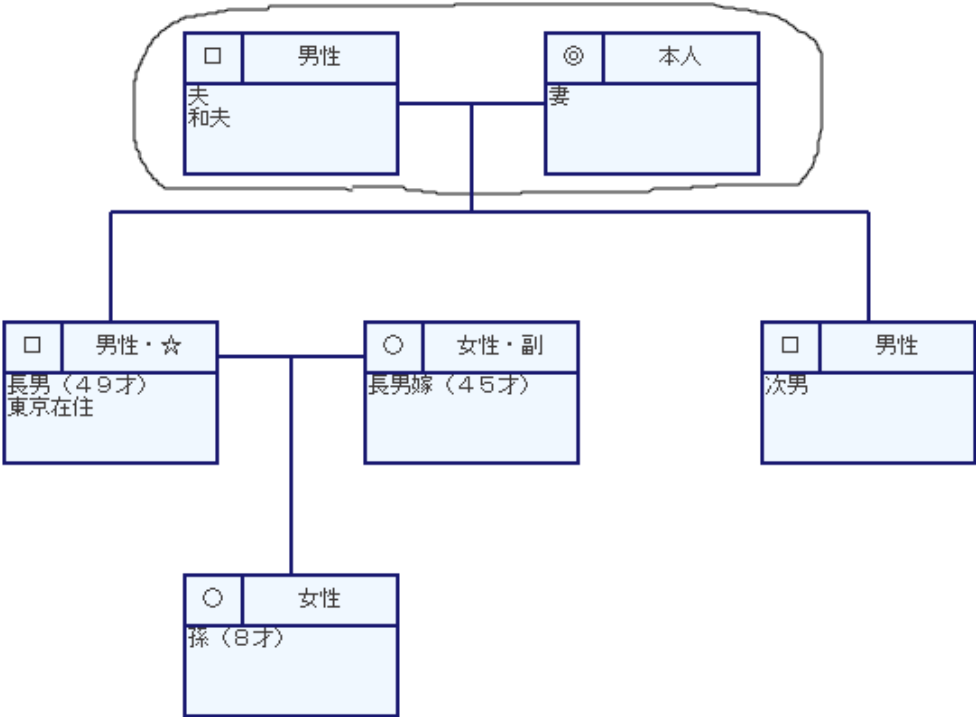
今までの生活	現在のお住まいに30年程生活されており、家業の農家を手伝いながらお子様を育てられた。専業主婦兼農家での生活をされいままで、亡くなられたご主人と結婚されるまでは、近くの会社で事務をされており実家も農家であった。県外での生活などの経験はなくずっと地元での生活であった。特に旅行されることもなかった様である。		
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
	朝6時に起床。 菜園場で1時間ほど手入れ。 8時頃朝食。殆ど昨日の夕食の残り。 ディサービスがない日はお昼までTVを見る。 お昼は軽く食事。宅配サービスも利用。 昼食後は2時間程度お昼寝。 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 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	*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	男	長男	099-XXX-XXXX	別居	会社員
	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』
居宅療養管理指導サービス 帳票サンプル

発行 令和 3年 7月