

【 シート 5-1 】

私のプロフィール1(ご本人の基本情報)

(年 月記入)記入者: (関係:)

ふりがな	
名前	
生年月日	大正・昭和 年 月 日(歳)
住所	
電話	
生活状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (種別 名称)
《家族構成》	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居者有(人)
《主介護者名》	(歳)(続柄)
《身体状況》	
特定疾患	無 ・ 有(病名)
障害者手帳	無 ・ 有(精・身・療 級)
身長	(cm) / 体重(kg)
聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 多少聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 不明 補聴器(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 多少見える <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 不明 メガネ・コンタクト(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (お薬: 食物:)
タバコ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (本 / 日)
飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種類 量 / 日)
これまでにかかったことのある病気	
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中() <input type="checkbox"/> 不明
高血圧症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中() <input type="checkbox"/> 不明
心臓病(狭心症・心筋梗塞)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中() <input type="checkbox"/> 不明
脂質異常症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中() <input type="checkbox"/> 不明
甲状腺機能低下症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中() <input type="checkbox"/> 不明
脳卒中(脳梗塞・脳出血)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中() <input type="checkbox"/> 不明
精神疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中() <input type="checkbox"/> 不明
頭部外傷 (打撲・交通事故等)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中() <input type="checkbox"/> 不明
感染症	<input type="checkbox"/> 無・過去に肺結核にかかったことが(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 治療中(肺結核・B型肝炎・C型肝炎・他)
その他(病名、治療の有無など)	

【 シート 5-2 】

私のプロフィール2(おもな経歴・ご本人・ご家族の想い)

《今までの暮らしのことをお書き下さい》

生まれたところはどこですか

育ったところはどこですか

お仕事をしていた方は、どんなお仕事でしたか

仕事内容

好きなこと、好きだったことはなんですか

《私の楽しみ・よろこびは...》

・私のやりたいことやねがいは...

.....

.....

《ご家族から...》

・ご家族から伝えたいことや知っていてほしいことは...

.....

.....

《その他知っていてほしいこと》

.....