

【 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》

.....