

日常生活状況

平成 年 月 日

氏名 (男・女) 生年月日 M・T・S 年 月 日 ( 歳) 要介護度:[1・2・3・4・5]

心身状況

麻痺	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	右上肢・右下肢・左上肢・左下肢 (装具の使用等: )・その他( )
視覚障害	日常生活に支障なし[右/左]・1mほど離れると見えにくい[右/左]・ほとんど見えない[右/左]・眼鏡[有・無]	
聴覚障害	日常生活に支障なし[右/左]・大きな声で聴き取れる[右/左]・ほとんど聴こえない[右/左]・補聴器[有・無]	
言語障害	<input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> その他( )	意思疎通 可・時々可・不可
認知症	<input type="checkbox"/> 徘徊	日中・夜間 / 状態頻度 [ときどき・その他( )]
症状	<input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴	日中・夜間 / 状態頻度 [ときどき・その他( )]
	<input type="checkbox"/> 暴言・暴力	日中・夜間 / 状態頻度 [ときどき・その他( )]
	<input type="checkbox"/> 異食	日中・夜間 / 状態頻度 [ときどき・その他( )]
	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転・不眠	状態頻度 [ときどき・毎晩・その他( )]
	<input type="checkbox"/> 被害的	日中・夜間 / 状態頻度 [ときどき・その他( )]
	<input type="checkbox"/> 感情不安定	日中・夜間 / 状態頻度 [ときどき・その他( )]
	<input type="checkbox"/> その他	

動作

立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴れば可能 <input type="checkbox"/> 介護者が抱えて可能 <input type="checkbox"/> 不可	
歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴れば可能 [手すり・杖・介護者・歩行器・(その他 )]	
	<input type="checkbox"/> 車椅子 (介助が必要・自分で操作可能) <input type="checkbox"/> 不可	
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 主食:[米飯・柔らかめ・お粥] 副食:[常食・一口大・刻み・ミキサー]	
	食事制限: 有・無(内容 )	
	アレルギー: 有・無(内容 )	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 全介助 トイレ[昼・夜] オムツ[昼・夜]・・・(パット・リハビリパンツ・テープ式)	
入浴	<input type="checkbox"/> 家庭浴槽(自立・見守り・一部介助・全介助) <input type="checkbox"/> 特殊浴槽(臥床・座位) <input type="checkbox"/> 入浴しない・出来ない	

現在治療中のご病気など

(1)現在治療中のご病気	(2)特別な医療
①	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置
②	<input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> その他( )
③	(3)入院歴[有・無(下記)]
④	1. 診断名 2. 入院期間
	① 昭和・平成 年 月頃～昭・平 年 月まで
	② 昭和・平成 年 月頃～昭・平 年 月まで
	③ 昭和・平成 年 月頃～昭・平 年 月まで

※お手数ですが宜しくお願い致します。

特別養護老人ホーム ケアタウン成増

( ID No. )

お問合せ:03-3939-0763 (生活相談員)