

市崎の杜 生活状況記入票

※入所申込時点で関わりのある介護支援専門員や施設・病院などの専門職（相談員・看護師等）に記入を依頼してください。

入所希望者氏名： _____ 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

下記設問の該当欄に○をしてください。記入欄がある場合は記入してください。

1、生活状況について

- ・ 自宅で独居 / 家族と同居（配偶者のみ・その他家族と同居）
- ・ 施設、病院などに入所入院中
（入所・入院先： _____）
- ・ 在宅介護サービスの利用
訪問介護 / 訪問看護 / 通所サービス / ショートステイ
その他（ _____ ）

2、健康状態・身体状況について

- ・ 治療中の病気など：（ _____ ）
- ・ 行っている医療行為 なし / あり 尿道カテーテル / 人工肛門 / 痰吸引
酸素療法 / インスリン注射 / 胃ろう / 他（ _____ ）
- ・ 麻痺： なし / あり（ 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢 ）
- ・ 拘縮： なし / あり（ 肩関節 ・ 肘関節 ・ 股関節 ・ 膝関節
その他： _____ ）

健康状態・身体状況についての特記事項

3、生活動作について

- ・ 移動： 自立 / 一部介助 / 杖、歩行器を使用 / 車いす
- ・ 移乗： 自立 / 一部介助 / 全介助
- ・ 食事： 自立 / 一部介助 / 全介助
- ・ 食事形態： 常食 / 一口大 / 刻み食 / ミキサー食 / その他
- ・ 食事摂取量： 10割 / 5割程度 / 1～2割程度 / ムラあり
- ・ むせ込み： あり / なし

- ・排泄：自立 / 一部介助 / 全介助
- ・使用物品： オムツ / リハビリパンツ / パット / ポータブルトイレ
その他（ ）
- ・睡眠： 良眠 / 眠らないことがある / 不眠 / 眠前薬を使用

生活動作についての特記事項

4、 認知症状・精神状態について

- ・認知症の有無： なし / あり（診断名： ）
- ・認知症の症状
- ・幻視・幻聴 / 昼夜逆転 / 暴言暴行 / 被害妄想 / 徘徊 / 不潔行為
- ・介護拒否・抵抗 / 大声を出す / 異食行為 / 自傷行為 / 被害妄想 / 収集癖

認知症状・精神状態についての特記事項

5、 その他特記事項

記載者氏名： _____ 入所希望者との関係： _____

所属事業所名： _____ 連絡先： _____