

本町けやきの杜 日常生活状況表

記入日 _____

入居希望者名	カナ 様	被保険者番号
要介護度：	介護保険負担割合：	割 介護保険負担限度額認定証：
住所	〒 () TEL ()	
生活状況について		
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設		
病院名：	入院日	年 月 日
(<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他)	入所日	年 月 日
施設名：		
健康状態・身体状況について		
治療中の病気等： ()		
行っている医療行為等：		
<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 胃ろう等 麻痺 <input type="checkbox"/> 有 (部位： <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢) <input type="checkbox"/> 無 拘縮 <input type="checkbox"/> 有 (部位： <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 無		
健康状態・身体状況についての特記事項		
[]		
日常生活について		
移動状況	移動： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車椅子使用	
	移乗： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
食事	動作： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	食事形態：主食： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	副食： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	摂取量： <input type="checkbox"/> 10割 <input type="checkbox"/> 5割程度 <input type="checkbox"/> 1~2割 <input type="checkbox"/> ムラがある	
	むせ込み： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
排泄	水分： <input type="checkbox"/> とろみをつけている	
	経管栄養： <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう (カロリー/日)	
	禁止・アレルギー食	
入浴	排泄： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	尿意： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 便意： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	使用物品等： <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 ()	
睡眠	着替え： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	浴槽： <input type="checkbox"/> 普通 (家風呂) <input type="checkbox"/> シャワー浴のみ <input type="checkbox"/> 機械浴	
	洗身： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
コミュニケーション	睡眠状況： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 眠れないことがある <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 眠剤薬使用	
	寝具： <input type="checkbox"/> 床 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> 耐圧分散マット	
	視力障害： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 眼鏡使用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	聴力障害： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 補聴器使用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	意思疎通： <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難しい <input type="checkbox"/> 難しい	
その他の特記事項		
[]		
認知症状・精神状態について		
認知症の診断： <input type="checkbox"/> 有 (アルツハイマー型・脳血管性・レビー小体型・その他) <input type="checkbox"/> 無		
認知症の症状： <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言暴力 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護抵抗・拒否		
<input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 被害妄想		
<input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ		
認知症状・精神状態についての特記事項		
[]		
施設利用に関するご本人・ご家族の意向等		
記載者名： _____ 入居希望者との関係： _____		
連絡先： _____		