

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		被保険者番号		
	様				
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：	段階
住所	〒 ())		TEL ())		
生活状況について					
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 病院名： _____ 入院日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 施設 (<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) 施設名： _____ 入所日 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
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				
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 _____					
排泄	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 (_____)				

入浴	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
睡眠	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
コミュニケーション	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 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 50px; margin-top: 10px;"></div>
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 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 50px; margin-top: 10px;"></div>	
施設利用に関するご本人・ご家族の意向等	
記載者名： <hr style="width: 80%; margin-left: 0;"/>	入居希望者との関係： <hr style="width: 80%; margin-left: 0;"/> 連絡先： <hr style="width: 80%; margin-left: 0;"/>