

心身状況調査書

年 月 日

クローバーのさとカウピリ板橋 宛て

当施設の入所希望者様の状況をご記入ください。

クローバーのさと担当者：

氏名		男・女	記入者名		職種	
----	--	-----	------	--	----	--

身体状況

身長		cm	体重		kg
受診状況	内科・外科・整形外科・精神科・脳神経外科・皮膚科・泌尿器科・眼科・歯科・その他()				
診断名	1.			年 月頃発症	[治療中・完治]
	2.			年 月頃発症	[治療中・完治]
	3.			年 月頃発症	[治療中・完治]
現在の状態について	<input type="checkbox"/> 四肢欠損() <input type="checkbox"/> 麻痺() <input type="checkbox"/> 拘縮() <input type="checkbox"/> 褥瘡() <input type="checkbox"/> その他()				
医療について	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマー <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> コンドームカテーテル <input type="checkbox"/> 留置カテーテル				
感染症の有無	無 ・ 有 ()				
服薬状況	無 ・ 有 ()				

心身の状況

日常生活の自立度		
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
意思の疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> やや困難(身振り・筆談・50音表) <input type="checkbox"/> 不可	
言語障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(構音障害・失語症・呂律障害)	
視力	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 弱視(右・左) <input type="checkbox"/> 失明(右・左) <input type="checkbox"/> メガネ(有・無)	
聴力	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> やや難聴(右・左) <input type="checkbox"/> 難聴(右・左) <input type="checkbox"/> 補聴器使用(右・左)	
認知症状	<input type="checkbox"/> 健忘 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 人物誤認 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 放尿・放便 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 日中不穏 <input type="checkbox"/> 夜間不穏 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動	
	精神症状	専門医受診 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病名:) その他症状()
	転倒の危険	<input type="checkbox"/> 危険性低い <input type="checkbox"/> 危険性あり(詳しく:)
身体拘束	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(4点柵・抑制帯・つなぎ・ミトン・その他)	
	車椅子抑制(理由:)	
	ベッド抑制(理由:)	
	その他(理由:)	

生活の状況

世帯状況	一人暮らし ・ 二人暮らし ・ その他()			
家屋状況	家	持家 ・ 賃屋 ・ アパート ・ マンション 都営住宅 ・ 高専賃		
	部屋	専用 ・ 共用 ・ 和室 ・ 洋室 ・ 布団 ・ ベッド		
	手すり	玄関(入口・上り框)・部屋の入口・浴室・トイレ・その他()		
	階段	有 ・ 無		
	トイレ	和式 ・ 洋式 ・ ポータブル ・ その他()		
動作	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	座位保持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行不能 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 車イス(自操 ・ 要介助)		
	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	食事行為	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> エプロン使用
	摂取方法	<input type="checkbox"/> お箸し <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 自助具		
	食事量	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 食事量(約 割) <input type="checkbox"/> 食事時間(分くらい)		
	主食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()		
	副食	<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> 極キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー		
	治療食	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容:)		
	制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(カロリー: g / 塩分: g / 水分: cc)		
	禁止食	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(理由:)		
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
	嚥下状態	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> むせやすい		<input type="checkbox"/> トロミ剤(無 ・ 有) <input type="checkbox"/> 痰がらみ
	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
排泄	トイレ	<input type="checkbox"/> 一般(自立 ・ 誘導) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ(自立 ・ 誘導) <input type="checkbox"/> 尿器(自立 ・ 介助)		
	オムツ	<input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> リハビリパンツ(日中 ・ 夜間) <input type="checkbox"/> オムツ(日中 ・ 夜間)		
	失禁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり		
	尿意	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり		
	便意	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり		
入浴	洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	形態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> チェア浴 <input type="checkbox"/> 機械浴		
更衣	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
整容	整髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	洗面	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	髭剃り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 眠剤の服用(無 ・ 有:)			
その他特記事項				