

生活状況票

様

記入日： 年 月 日

| | | |
|----------------|---|---|
| 麻痺 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | (右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢) |
| 拘縮 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | (部位/処置：) |
| 浮腫 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | (部位/処置：) |
| 褥瘡 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | (部位/処置：) |
| 皮膚疾患 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | (部位/処置：) |
| 視力 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 (右 ・ 左) <input type="checkbox"/> 失明 (右 ・ 左) <input type="checkbox"/> 眼鏡 (有 ・ 無) | |
| | <input type="checkbox"/> 手術歴あり： 白内障 ・ 緑内障 ・ その他 <input type="checkbox"/> 点眼使用 (品名) | |
| 聴力 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 (右 ・ 左) <input type="checkbox"/> 補聴器使用 (右 ・ 左) | |
| 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) | |
| 意思疎通 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> やや困難 (身振り ・ 筆談 ・ 50音表) <input type="checkbox"/> 不可 | |
| 義歯 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (総義歯 ・ ブリッジ) | 取り外し <input type="checkbox"/> 食後外す <input type="checkbox"/> 夜外す |
| 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 | |
| 移動 | 起き上り | <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"/> 支え必要 <input type="checkbox"/> できない (分位 座位保持可能) |
| | 寝返り | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | 歩行 | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 手引き歩行 <input type="checkbox"/> 歩行不能 () |
| | 車椅子 | <input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> 使用あり (自走可 ・ 自走不可) |
| | 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 |
| センサー | <input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> 使用あり | |
| 食事 | 摂取 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 () |
| | 摂取方法 | <input type="checkbox"/> お箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> 利き手 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 |
| | 食事量 | <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない (約 割) |
| | 主食 | <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー |
| | 副食 | <input type="checkbox"/> 常食 <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：) |
| | | <input type="checkbox"/> カロリー制限 (kcal) <input type="checkbox"/> 塩分制 (g) |
| | 禁止食 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | |
| 排泄 | 尿意 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 便意 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> あり |
| | 失禁 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 排便間隔 <input type="checkbox"/> 規則的 (日 回) <input type="checkbox"/> 不規則 |
| | 形態：日中 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (リハビリ ・ 尿取りパット ・ オムツ ・ PTイレ) |
| | ：夜間 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (リハビリ ・ 尿取りパット ・ オムツ ・ PTイレ) |
| | カテーテル | <input type="checkbox"/> 留置あり <input type="checkbox"/> 留置なし |
| 下剤使用 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (品名：) | |
| 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 |
| 入浴 | 移動 | <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"/> 機械浴 (チェアー ・ 臥床 ・ その他) |
| 睡眠 | <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 眠剤服用 (薬品名：) | |
| 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 | |
| 認知症 | <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"/> せん妄 | |
| | <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 作話 | |
| | <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 介護拒否 | |
| | <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> オムツいじり <input type="checkbox"/> 放尿・放便 | |
| | <input type="checkbox"/> 不潔行為 <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"/> うつ状態 | |
| 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：) | |
| | ベット抑制(理由：) | |
| | その他(理由：) | |
| 転倒 | <input type="checkbox"/> 危険性低い <input type="checkbox"/> 危険性あり (理由：) | |

記入者： (続柄・職種)