

＜ 心身状況調査票 ＞

令和 年 月 日 ()

利用希望者 _____ 様 (男 ・ 女) 記入者 _____ (続柄 ・ 職種)

□にレ点チェックを、または()に記入をお願いします。

1.食事	介助方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 介助内容 (_____)			
	使用器具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> 他(_____)			
	食事形態	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他(_____)		
		副食	<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜(一口大) <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他(_____)		
		水分トロミ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薄め ・ 中間 ・ 濃い)		
	摂取量	主食(_____)割		副食(_____)割	
	食事制限	<input type="checkbox"/> なし 提供量(_____)kcal			
		<input type="checkbox"/> あり (_____ 食) 塩分制限(_____)g		飲水制限(_____)cc	
禁食アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 食品(_____) 理由(_____)				
義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (総義歯: 上 ・ 下 部分義歯: 上 ・ 下 自己管理 ・ 預かり)				
その他	<input type="checkbox"/> 胃ろう (ボタン型 ・ チューブ型) 食品名(_____ : _____ kcal/日)				

2.排泄	トイレ	<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"/> 日中 / <input type="checkbox"/> 夜間 / <input type="checkbox"/> 全日)				
	ポータブルトイレ	<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"/> 日中 / <input type="checkbox"/> 夜間)				
	リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> 尿取りパッド <input type="checkbox"/> 綿パンツ	尿失禁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	尿意	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 曖昧	カテーテル	便失禁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	便意	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 曖昧	人工肛門	排便周期	_____ 日おき	

3.基本動作	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			
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	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			
	座位保持(端座位)	<input type="checkbox"/> 支えなしでできる		<input type="checkbox"/> 支持物があればできる <input type="checkbox"/> できない	
	立位保持	<input type="checkbox"/> 支えなしでできる		<input type="checkbox"/> 支持物があればできる <input type="checkbox"/> できない	
	歩行	<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"/> できない			
	歩行補助具	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> その他(_____)			
	車椅子の型	<input type="checkbox"/> 自走式 <input type="checkbox"/> 介助式 <input type="checkbox"/> ティルト式 <input type="checkbox"/> リクライニング式 <input type="checkbox"/> 使用しない			
	車椅子移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	ベッド	<input type="checkbox"/> マット式ベッド		<input type="checkbox"/> エアーマット式ベッド <input type="checkbox"/> 床対応	
	ナースコール	<input type="checkbox"/> 必要時に呼ぶことができる		<input type="checkbox"/> 呼ぶことができない	
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (介助内容 _____)			
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (介助内容 _____)			
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (介助内容 _____)				

4.入浴	入浴方法	<input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> 大浴槽 <input type="checkbox"/> 臥床浴 <input type="checkbox"/> チェアーインバス(リフト浴) <input type="checkbox"/> シャワー浴		
	介助量	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		

5.コミュニケーション	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ほとんど見えない		<input type="checkbox"/> 見えているのか判断不能(両・右・左) <input type="checkbox"/> 眼鏡使用	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない		<input type="checkbox"/> 聞こえているのか判断不能(両・右・左) <input type="checkbox"/> 補聴器使用	
	会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 単純会話 <input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 言語障害あり(構音障害・失語症・他 _____)	
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 伝達できる		<input type="checkbox"/> 時々伝達できる <input type="checkbox"/> ほとんど伝達できない <input type="checkbox"/> できない	

6.抑制	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 4点柵 <input type="checkbox"/> 抑制着等 <input type="checkbox"/> 四肢・体幹の拘束 <input type="checkbox"/> 車椅子ベルト			
	センサー使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (設置場所 _____)			

7.処置等	点滴 (内容 _____)	<input type="checkbox"/> 注射 (内容 _____)		
	酸素吸入 (_____)	<input type="checkbox"/> 吸引 (頻度 _____ 回/日)		
	褥瘡(床ずれ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(部位 _____ 状態 _____)	
	皮膚状態	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	(部位 _____ 状態 _____)	
	拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(部位 _____)	
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(部位 _____)	
	装具	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(部位 _____)	
コルセット	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 装着自立 <input type="checkbox"/> 装着介助)			

8.身長	_____ cm	9.体重	_____ kg [測定日] _____ 年 月 日
10.血圧	最高血圧 _____ mmHg / 最低血圧 _____ mmHg [測定日] _____ 年 月 日		

10. 精神症状・行動障害		
1、	日常生活に支障をきたす程の物忘れがある	(いつも ・ 時々 ・ ない)
2、	家族、知人などの区別がつかない	(いつも ・ 時々 ・ ない)
3、	周りの事に無関心である	(いつも ・ 時々 ・ ない)
4、	同じ動作を繰り返す	(いつも ・ 時々 ・ ない)
5、	作り話や独り言を言う	(いつも ・ 時々 ・ ない)
6、	『物を取られた』、『誰かが覗いている』などの妄想がある	(いつも ・ 時々 ・ ない)
7、	実際に見えていないものが見えると言う	(いつも ・ 時々 ・ ない)
8、	昼と夜の生活リズムが逆転している	(いつも ・ 時々 ・ ない)
9、	大声を出すことがある	(いつも ・ 時々 ・ ない)
10、	ウロウロと徘徊(歩き回る)をする	(いつも ・ 時々 ・ ない)
11、	介護を拒否することがある	(いつも ・ 時々 ・ ない)
12、	食べ物以外の物を食べる、又は食べようとしたことがある	(いつも ・ 時々 ・ ない)
13、	衣類を脱いで裸になることがある	(いつも ・ 時々 ・ ない)
14、	いたる所で尿や排便をする	(いつも ・ 時々 ・ ない)
15、	感情的になりやすく怒ったり泣いたりする	(いつも ・ 時々 ・ ない)
16、	自分のことを叩いたり、引っかいたりすることがある	(いつも ・ 時々 ・ ない)
17、	不潔な行為(便いじり、おむつ外し、等)をする	(いつも ・ 時々 ・ ない)
18、	他者への暴力行為や暴言を吐くことがある	(いつも ・ 時々 ・ ない)
19、	他者の私物や施設の備品を収集することがある	(いつも ・ 時々 ・ ない)
20、	他者への性的言動や性的行為がある	(いつも ・ 時々 ・ ない)
※特記事項(いつも・時々)にチェックされた場合は詳細や対応方法について、またその他に症状がある場合も具体的に記入してください		

11.認知症評価	<input type="checkbox"/> HDS-R <input type="checkbox"/> MMSE	点(実施日: 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施不可
-----------------	--	----------------------	--

12. 介護する時の注意事項

13. 病 歴
お分かりの範囲で結構ですので可能な限りご記入ください。
※内服薬がわかる情報を必ず添付してください。
コロナワクチン接種状況 <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目済み <input type="checkbox"/> 2回目済み <input type="checkbox"/> 3回目済み <input type="checkbox"/> 4回目済み