＜ 心身状況調査票 ＞

記入日	令和　　年　　月　　日				
利用者氏名		記入者氏名		続柄/職種	

✓点チェックおよび必要事項をご記入ください。

1.食事	介助方法	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
	食 器	□箸　□スプーン　□フォーク　□自助具　□その他(　　)
	主 食	□米飯　□軟飯　□全粥　□ペースト粥　□ゼリー粥　□その他(　　)
	副 食	□常菜　□一口大　□キザミ　□ソフト　□ミキサー　□その他(　　)
	水分トロミ	□なし　□あり（ □薄め ・ □中間 ・ □濃い ）
	摂取量	主食(　　)割　副食(　　)割　提供量　kcal/日
	食事制限	□なし　□あり（　　食）　塩分制限(　　)g　水分制限(　　)cc/日
	禁 食 アレルギー	□なし　□あり　食品(　　) 理由(　　)
	義 歯	□なし　□あり　□総義歯（ □上 ・ □下 ）　□部分義歯（ □上 ・ □下 ）

2.排泄	場所	□トイレ（□昼 / □夜）　□ポータブルトイレ(□昼 / □夜)　□オムツ(□昼 / □夜)
	オムツ	□テープ(□昼 / □夜)　□パンツ(□昼 / □夜)　□パッド(□昼 / □夜)　□不使用
	介助方法	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助　尿失禁　□なし　□あり
	尿 意	□なし　□あり　□曖昧　□カテーテル　便失禁　□なし　□あり
	便 意	□なし　□あり　□曖昧　□人工肛門　排便周期　日おき

3.基本動作	移 乗	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
	寝返り	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
	起き上がり	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
	座位保持(端座位)	□背もたれなしでできる　□背もたれや支持物があればできる　□できない
	立位保持	□支えなしでできる　□何かにつかまればできる　□できない
	歩 行	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助　□できない
	歩行補助具	□杖　□歩行器　□シルバーカー　□手引き　□その他(　　)
	車椅子	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
	車椅子の種類	□自走式　□介助式　□ティルト式　□リクライニング式　□使用しない
	ベッド	□マット式ベッド　□エアーマット式ベッド　□布団
	ナースコール	□必要時に呼ぶことができる　□呼ぶことができない　□不明
	更 衣	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
	整 容	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
	口腔ケア	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助

4.入浴	入浴方法	□家庭浴　□大浴槽　□臥床浴　□チェアーインバス(リフト浴)　□シャワー浴
	介助量	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助

5.意思疎通	視 力	□普通　□やや見える　□ほとんど見えない又は判断不能(右 ・ 左)　□眼鏡使用
	聴 力	□普通　□やや聞こえる　□ほとんど聞こえない又は判断不能(右 ・左)　□補聴器使用
	会 話	□普通　□単純会話　□できない　□構音障害　□失語症　□その他(　　)
	伝 達	□伝達できる　□やや伝達できる　□ほとんど伝達できない　□できない

6.身体拘束	□なし　□あり（ □4点柵　□抑制着　□四肢拘束　□体幹拘束　□車椅子ベルト ）
	□センサー使用（設置場所　　）

7.処置等	服薬管理	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
	医療的管理	□点滴　□経管栄養　□酸素吸入　□喀痰吸引　□その他(　　)
	褥瘡(床ずれ)	□なし　□あり　(部位　　状態　　)
	皮膚状態	□問題なし　□問題あり　(部位　　状態　　)
	拘 縮	□なし　□あり　(部位　　状態　　)
	麻 痺	□なし　□あり　(部位　　状態　　)
	装 具	□なし　□あり　(部位　　)

8.身 長	cm（測定日:　　年　月　日）	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.　心理症状・行動障害の頻度

(1) 日常生活に支障をきたす程の物忘れがある	□毎日	□週1回以上	□月1回程度	□ない
(2) 家族、知人などの区別がつかない	□毎日	□週1回以上	□月1回程度	□ない
(3) 物事に関心を示さず、自発性がない	□毎日	□週1回以上	□月1回程度	□ない
(4) 同じ話や、同じ行動を繰り返す	□毎日	□週1回以上	□月1回程度	□ない
(5) 作り話や独り言を言う	□毎日	□週1回以上	□月1回程度	□ない
(6) 物を盗られた、誰かに見られている等の被害妄想がある	□毎日	□週1回以上	□月1回程度	□ない
(7) 実際には存在しないものが見えたり聞こえたりする	□毎日	□週1回以上	□月1回程度	□ない
(8) 昼と夜の生活リズムが逆転している	□毎日	□週1回以上	□月1回程度	□ない
(9) 大声を出すことがある	□毎日	□週1回以上	□月1回程度	□ない
(10)ウロウロと動き回る、徘徊することがある	□毎日	□週1回以上	□月1回程度	□ない
(11)家に帰りたがり落ち着きがなくなることがある	□毎日	□週1回以上	□月1回程度	□ない
(12)感情的になりやすく怒ったり泣いたりする	□毎日	□週1回以上	□月1回程度	□ない
(13)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	□毎日	□週1回以上	□月1回程度	□ない
(14)色々な物を集めたり、無断で持ち出すことがある	□毎日	□週1回以上	□月1回程度	□ない
(15)衣類を脱いで裸になることがある	□毎日	□週1回以上	□月1回程度	□ない
(16)不潔な行為(おむつ外し・便いじり・放尿放便　等)をする	□毎日	□週1回以上	□月1回程度	□ない
(17)介護に抵抗を示すことがある	□毎日	□週1回以上	□月1回程度	□ない
(18)自分のことを傷つける行為がある	□毎日	□週1回以上	□月1回程度	□ない
(19)人に対する暴力的な言動や行動、物を壊す行為がある	□毎日	□週1回以上	□月1回程度	□ない
(20)性的な言動や行動がある	□毎日	□週1回以上	□月1回程度	□ない

※症状の具体的な内容、対応方法、その他の症状などについてご記入ください。

11.認知症評価	□HDS-R　□MMSE　　点(実施日:　　年　月　日)　□未実施　□実施不可

12. 介護する時の注意事項

13. 病　歴

※お分かりになる範囲でご記入ください。

※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　□未接種　□接種済み(＿＿＿回目　・　最終接種日:令和＿＿年＿＿月＿＿日)