

心身状況調査票（表面）

* 現在の状態を詳しく把握している方（病院や施設に入院入所中の場合はスタッフの方）がご記入くださいますよう、お願いいたします。

利用希望者氏名		記入者氏名		続柄・職種	
記入日	令和 年 月 日	問い合わせ先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 事業所	TEL	- -

基本動作	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				
	移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手引き・伝い歩き <input type="checkbox"/> 車椅子				
	車椅子	<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				
	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	<input type="checkbox"/> 背もたれなしでできる		<input type="checkbox"/> 背もたれや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"/> 何かにつかまればできる		<input type="checkbox"/> できない
	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"/> 床布団
	ナースコール	<input type="checkbox"/> 必要時に押すことができる			<input type="checkbox"/> 押すことは無い・出来ない	
	更衣	<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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	身体状況	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 状態)			
麻痺		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(部位 状態)			
装具		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(部位)			
睡眠		<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い	<input type="checkbox"/> 眠りが浅い	<input type="checkbox"/> 睡眠剤内服	
意思疎通	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない又は判断不能(右・左)	<input type="checkbox"/> 眼鏡			
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない又は判断不能(右・左)	<input type="checkbox"/> 補聴器			
	伝達	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ややできる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> その他()			
	会話	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 噛み合わない事がある <input type="checkbox"/> 短い単語程度の会話可能 <input type="checkbox"/> 意思疎通ができない				
食事	摂食	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	食器	<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"/> その他()				
	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ペースト粥 <input type="checkbox"/> ゼリー粥 <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"/> ソフト <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 (<input type="checkbox"/> 薄め・ <input type="checkbox"/> 中間・ <input type="checkbox"/> 濃い)	<input type="checkbox"/> むせ込み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎日		
	摂取量	主食()割 副食()割	提供量	kcal/日		
	制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (食)	<input type="checkbox"/> 塩分()g	<input type="checkbox"/> 水分制限()cc/日		
	禁食	<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 <input type="checkbox"/> 総義歯 (<input type="checkbox"/> 上・ <input type="checkbox"/> 下) <input type="checkbox"/> 部分義歯 (<input type="checkbox"/> 上・ <input type="checkbox"/> 下)				
排泄	手段	<input type="checkbox"/> トイレ(<input type="checkbox"/> 昼間 / <input type="checkbox"/> 夜間) <input type="checkbox"/> オムツ(<input type="checkbox"/> 昼間 / <input type="checkbox"/> 夜間) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ(<input type="checkbox"/> 昼間 / <input type="checkbox"/> 夜間)				
		<input type="checkbox"/> 尿器(<input type="checkbox"/> 昼間 / <input type="checkbox"/> 夜間) <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門				
	オムツ	<input type="checkbox"/> テープ(<input type="checkbox"/> 昼 / <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> パンツ(<input type="checkbox"/> 昼 / <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> パッド(<input type="checkbox"/> 昼 / <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> 使用しない				
	介助(昼)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 曖昧 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 失禁	
	介助(夜)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 曖昧 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 失禁	
	回数	昼間()回	夜間()回	排便周期	()日に1回	
入浴	方法	<input type="checkbox"/> 家庭浴 <input type="checkbox"/> 大浴槽 <input type="checkbox"/> 臥床浴 <input type="checkbox"/> 座位浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 入浴していない				
	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				
抑制	身体拘束	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 胴体・四肢 <input type="checkbox"/> つなぎ服 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 4点柵 <input type="checkbox"/> 車椅子ベルト)				
	センサー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (設置場所・種類:)				
医療	服薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	管理	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> その他()				
身長	cm (測定日: 年 月 日)		体重	kg (測定日: 年 月 日)		
血圧	最高血圧 mmHg / 最低血圧		mmHg (測定日: 年 月 日)			

(裏面に続きます)

心身状況調査票（裏面）

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	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(2) 今いる場所や目の前の人物が分からない	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(3) 不安や気分の落ち込みがある	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(4) 同じ話をくり返す、会話がまとまらない	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(5) 独り言や独り笑いをする	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(6) 事実とは異なる作り話をする	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(7) 物を盗られた、食事を出してもらえないなどと被害的になる	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(8) 実際には存在しないものが見えたり聞こえたりする	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(9) 自発性が乏しく、昼間でも横になることが多い	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(10) 夜中に眠らず起きてきたり、落ち着かないことがある	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(11) 奇声や大声をあげたり、物音を立て続ける	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(12) ウロウロと徘徊することがある	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(13) 家に帰りたがり落ち着きがなくなる	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(14) 怒りやすい、急に怒ったり泣いたり感情が不安定になる	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(15) 食べ物ではない物を食べてしまうことがある	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(16) 色々な物を集めたり、無断で持ち出すことがある	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(17) 不潔な行為（おむつ外し・使いじり・放尿排便 等）をする	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(18) 介護に抵抗を示すことがある	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(19) 自分自身のことを傷つける行為がある	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(20) 暴力的な言動や行動、物を壊す行為がある	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(21) 他者への性的な言動や行動がある	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない

※具体的な症状の内容や、上記の他に症状がある場合について詳細をご記入ください。

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	

介護する上での留意事項

病 歴

※お分かりになる範囲で必ずご記入ください。

※内服薬がわかる情報を必ず添付してください。