

# 心身状況調査票（表面）

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

\* 現在の状態を詳しく把握している方(病院・施設の場合はスタッフの方)をご記入くださいますよう、お願いいたします。

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			
	会話	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 単純会話	<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( )		
	伝達	<input type="checkbox"/> 伝達できる		<input type="checkbox"/> やや伝達できる	<input type="checkbox"/> ほとんど伝達できない		<input type="checkbox"/> できない		
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 )		むせ込み	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
	摂取量	主食( )割		副食( )割		提供量	kcal/日		
	食事制限	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( 食)		塩分制限( )g	水分制限( )cc/日			
	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	<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				
	回数	昼間( )回		夜間( )回		排便周期	日間おき		
	尿意	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 曖昧		尿失禁	<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		便失禁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
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"/> チェアインバス(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				
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: )					
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)		

## 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

自立    J1    J2    A1    A2    B1    B2    C1    C2

#### 認知症高齢者の日常生活自立度

自立    I    IIa    IIb    IIIa    IIIb    IV    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。