

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	☐ 自宅 ☐ 携帯 TEL - - ☐ 病院 ☐ 事業所		

基本動作	移動	□自立		□見守り		□一部介助		□全介助	
	移動手段	□独歩		□杖歩行		□歩行器		□手引き・伝い歩き □車椅子	
	車椅子	□自走式		□介助式		□ティルト式		□リクライニング式 □使用しない	
	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	□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			
	ベッド	□マット式ベッド				□エアーマット式ベッド		□床布団	
	ナースコール	□必要時に押すことができる				□押すことは無い・出来ない			
	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	
身体状況	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				)	
	睡眠	□良眠	□不眠	□寝つきが悪い		□眠りが浅い		□睡眠剤内服	
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		
	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		
	伝達	□普通	□ややできる □できない		□構音障害 □失語症 □その他(		)		
	会話	□問題なし □噛み合わない事がある		□短い単語程度の会話可能 □意思疎通ができない					
食事	摂食	□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)			むせ込み	□なし	□時々	□毎日
	摂取量	主食()割		副食()割		提供量	kcal/日		
	制限	□なし	□あり (	食)		□塩分()g	□水分制限()cc/日		
	禁食	□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)				
排泄	手段	□トイレ(□昼間 / □夜間) □オムツ(□昼間 / □夜間) □ポータブルトイレ(□昼間 / □夜間)							
		□尿器(□昼間 / □夜間) □尿道カテーテル				□人工肛門			
	オムツ	□テープ(□昼 / □夜)		□パンツ(□昼 / □夜)		□パッド(□昼 / □夜)		□使用しない	
	介助(昼)	□自立	□見守り	□一部介助	□全介助	尿意	□あり	□曖昧	□なし
	介助(夜)	□自立	□見守り	□一部介助	□全介助	便意	□あり	□曖昧	□なし
	回数	昼間()回		夜間()回		排便周期	()日に1回		
入浴	方法	□家庭浴	□大浴槽	□臥床浴	□座位浴	□シャワー	□清拭	□入浴していない	
	介助量	□自立	□見守り	□一部介助	□全介助				
抑制	身体拘束	□なし	□あり (□胴体・四肢	□つなぎ服		□ミトン	□4点柵	□車椅子ベルト)	
	センサー	□なし	□あり (設置場所・種類:)						
医療	服薬	□自立	□見守り	□一部介助	□全介助				
	管理	□なし	□点滴	□経管栄養	□酸素吸入	□喀痰吸引	□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	☐ 毎日	☐ 週1回以上	☐ 月1回程度	☐ ない
(2) 今いる場所や目の前の人物が分からない	☐ 毎日	☐ 週1回以上	☐ 月1回程度	☐ ない
(3) 不安や気分の落ち込みがある	☐ 毎日	☐ 週1回以上	☐ 月1回程度	☐ ない
(4) 同じ話をくり返す、会話がまとまらない	☐ 毎日	☐ 週1回以上	☐ 月1回程度	☐ ない
(5) 独り言や独り笑いをする	☐ 毎日	☐ 週1回以上	☐ 月1回程度	☐ ない
(6) 事実とは異なる作り話をする	☐ 毎日	☐ 週1回以上	☐ 月1回程度	☐ 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	☐ 毎日	☐ 週1回以上	☐ 月1回程度	☐ 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	☐ 毎日	☐ 週1回以上	☐ 月1回程度	☐ ない
(9) 自発性が乏しく、昼間でも横になることが多い	☐ 毎日	☐ 週1回以上	☐ 月1回程度	☐ 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	☐ 毎日	☐ 週1回以上	☐ 月1回程度	☐ ない
(11) 奇声や大声をあげたり、物音を立て続ける	☐ 毎日	☐ 週1回以上	☐ 月1回程度	☐ ない
(12) ウロウロと徘徊することがある	☐ 毎日	☐ 週1回以上	☐ 月1回程度	☐ ない
(13) 家に帰りがたり落ち着きがなくなる	☐ 毎日	☐ 週1回以上	☐ 月1回程度	☐ 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	☐ 毎日	☐ 週1回以上	☐ 月1回程度	☐ ない
(15) 食べ物ではない物を食べてしまうことがある	☐ 毎日	☐ 週1回以上	☐ 月1回程度	☐ ない
(16) 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
(17) 不潔な行為（おむつ外し・使いじり・放尿放便 等）をする	☐ 毎日	☐ 週1回以上	☐ 月1回程度	☐ ない
(18) 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
(19) 自分自身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
(20) 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
(21) 他者への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

※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。