

心身状況調査票（表面）

記入日	令和 年 月 日	記入者氏名	続柄・職種
利用者氏名			

* 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)	<input type="checkbox"/> むせ込み	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
	摂取量	主食()割	副食()割	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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"/> 4点柵	<input type="checkbox"/> つなぎ服	<input type="checkbox"/> 四肢	<input type="checkbox"/> 体幹	<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)			<input type="checkbox"/> 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) 家に帰りたい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。