

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 ☐ 病院 ☐ 事業所	TEL	- -

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 状態)				
	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。