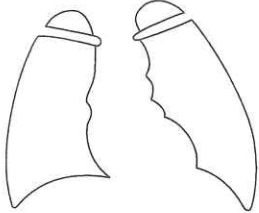


心身状況調査書

氏名		男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日生	歳
住所	TEL			血液型				
病名（現病歴・発症時期および症状）								
現在の治療内容						異常 無・有		
①投薬						心電図所見		
②注射・処置等						異常 無・有		
						胸部X-P所見		
								
直近の血算・生化学一般の検査データを添付して下さい。						年 月 日撮影		
身長	cm	体重	kg	血圧	/			
感染症	HBs 抗原 (+・-)	皮膚疾患 (疥癬等)		無・有				
	HCV 抗体 (+・-)	褥瘡		無・有				
	ワ氏 (+・-)	その他		無・有				
	MRSA 咽頭ぬぐい液 (+・-)	※感染症につきましては検査データを添付して下さい。						
*実施中のリハビリテーションについて								
*その他の特記事項								
上記の通り診断します。								
年 月 日			所在地					
医療機関名								
科 医師								

心身状況調査書

利用者氏名	年齢	歳	介護認定 要支援 1・2・要介護 1・2・3・4・5																				
<p>寝たきり度 (該当するものに○)</p> <p>J 一部自立 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており、一人で外出できる。</p> <p>A 準寝たきり 室内での生活は概ね自立しているが、介助無しには外出しない。</p> <p>B 寝たきり 室内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上の生活が主体であるが、座位を保つ。</p> <p>C 寝たきり 一日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。</p>																							
<p>日常生活活動 (ADL) の状況 (該当するものに○)</p> <p>移動 独歩・杖使用・歩行器使用・車イス使用[操作 (自立・要介助)]</p> <p>移乗 自立・一部介助・全介助</p> <p>起立 自立・一部介助・全介助</p> <p>寝返り 自立・一部介助・全介助</p> <p>着替え 自立・一部介助・全介助</p> <p>食事 セッティングで自立・一部介助・全介助 (スプーン・箸)</p> <p>食事形態 経口摂取(常食・お粥・きざみ・ミキサー)・経管栄養 (鼻空・胃ろう・IVH)</p> <p>排泄 トイレ(自立・誘導)・Pトイレ(自立・介助)・おむつ使用(常時・夜間のみ)・バルーン</p> <p>入浴 一般浴・機械浴</p> <p>睡眠 良眠・不眠 (眠剤 要・不要)</p> <p>難聴 無・やや大声で・耳元で大きな声で・ほとんど聞えない 補聴器使用 (右・左)</p> <p>言語障害 無・有</p> <p>話の理解 可・不可</p>																							
<p>認知症老人の日常生活自立度 (該当するものに○)</p> <p>I 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。</p> <p>II 日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立可能。</p> <p>III 日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが時々見られ、介護を必要とする。</p> <p>IV 日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。</p> <p>M 著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。</p>																							
問 題 行 動	<p>該当するものにレし、具体的に症状を記入して下さい。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 被害的</td> <td><input type="checkbox"/> 落ち着きがない</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 作話</td> <td><input type="checkbox"/> 外出すると戻れない</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 幻視幻聴</td> <td><input type="checkbox"/> 一人が出たがる</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 感情が不安定</td> <td><input type="checkbox"/> 収集癖</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 昼夜逆転</td> <td><input type="checkbox"/> 火の不始末</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 暴言暴行</td> <td><input type="checkbox"/> 物や衣類を壊す</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 同じ話をする</td> <td><input type="checkbox"/> 不潔行為</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 大声を出す</td> <td><input type="checkbox"/> 異食行動</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 介護に抵抗する</td> <td><input type="checkbox"/> ひどい物忘れ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 徘徊</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 被害的	<input type="checkbox"/> 落ち着きがない	<input type="checkbox"/> 作話	<input type="checkbox"/> 外出すると戻れない	<input type="checkbox"/> 幻視幻聴	<input type="checkbox"/> 一人が出たがる	<input type="checkbox"/> 感情が不安定	<input type="checkbox"/> 収集癖	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 火の不始末	<input type="checkbox"/> 暴言暴行	<input type="checkbox"/> 物や衣類を壊す	<input type="checkbox"/> 同じ話をする	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 大声を出す	<input type="checkbox"/> 異食行動	<input type="checkbox"/> 介護に抵抗する	<input type="checkbox"/> ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> 徘徊	
<input type="checkbox"/> 被害的	<input type="checkbox"/> 落ち着きがない																						
<input type="checkbox"/> 作話	<input type="checkbox"/> 外出すると戻れない																						
<input type="checkbox"/> 幻視幻聴	<input type="checkbox"/> 一人が出たがる																						
<input type="checkbox"/> 感情が不安定	<input type="checkbox"/> 収集癖																						
<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 火の不始末																						
<input type="checkbox"/> 暴言暴行	<input type="checkbox"/> 物や衣類を壊す																						
<input type="checkbox"/> 同じ話をする	<input type="checkbox"/> 不潔行為																						
<input type="checkbox"/> 大声を出す	<input type="checkbox"/> 異食行動																						
<input type="checkbox"/> 介護に抵抗する	<input type="checkbox"/> ひどい物忘れ																						
<input type="checkbox"/> 徘徊																							
記入者氏名		Dr. Ns. 介護福祉士・介護職員・同居の家族・同居以外の家族																					