

心身状況調査書

年 月 日

クローバーのさとカウピリ板橋 宛て

当施設の入所希望者様の状況をご記入ください。

クローバーのさと担当者:

氏名		男・女	記入者名		職種	
----	--	-----	------	--	----	--

身体の状況

身長	cm	体重	kg		
受診状況	内科・外科・整形外科・精神科・脳神経外科・皮膚科・泌尿器科・眼科・歯科・ その他()				
診断名	1.	年	月頃発症 [治療中・完治]		
	2.	年	月頃発症 [治療中・完治]		
	3.	年	月頃発症 [治療中・完治]		
現在の状態について	<input type="checkbox"/> 四肢欠損()	<input type="checkbox"/> 麻痺()	<input type="checkbox"/> 拘縮()		
	<input type="checkbox"/> 褥瘡()	<input type="checkbox"/> その他()			
医療について	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマー	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> コンドームカテーテル	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル	
感染症の有無	無()	有()			
服薬状況	無()	有()			

心身の状況

日常生活の自立度						
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
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
意思の疎通	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> やや困難(身振り・筆談・50音表)			<input type="checkbox"/> 不可	
言語障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(構音障害・失語症・呂律障害)				
視力	<input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> 弱視(右・左)	<input type="checkbox"/> 失明(右・左)	<input type="checkbox"/> メガネ(有・無)		
聴力	<input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> やや難聴(右・左)	<input type="checkbox"/> 難聴(右・左)	<input type="checkbox"/> 補聴器使用(右・左)		
認知症状	<input type="checkbox"/> 健忘	<input type="checkbox"/> 失見当識	<input type="checkbox"/> 人物誤認	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚	<input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 大声	<input type="checkbox"/> 暴言・暴力	<input type="checkbox"/> 介護拒否	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 放尿・放便	<input type="checkbox"/> 帰宅願望
	<input type="checkbox"/> 収集癖	<input type="checkbox"/> 日中不穏	<input type="checkbox"/> 夜間不穏	<input type="checkbox"/> 火の不始末	<input type="checkbox"/> 異食行動	<input type="checkbox"/> 性的問題行動
精神症状	<input type="checkbox"/> 専門医受診	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(病名:)			
	その他症状()					
転倒の危険	<input type="checkbox"/> 危険性低い	<input type="checkbox"/> 危険性あり(詳しく:)				
身体拘束	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(4点柵・抑制帯・つなぎ・ミトン・その他)				
	車椅子抑制(理由:)					
	ベッド抑制(理由:)					
	その他(理由:)					

生活の状況

世帯状況	一人暮らし ・ 二人暮らし ・ その他()							
家屋状況	家	持家	賃屋	アパート	マンション	都営住宅	高専賃	
	部屋	専用	共用	和室	洋室	布団	ベッド	
	手すり	玄関(入口・上り框)・部屋の入口・浴室・トイレ・その他()						
	階段	有	無					
	トイレ	和式	洋式	ポータブル	その他()			
動作	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			
	立ち上がり	<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"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない			
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
	移動	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 介助歩行	<input type="checkbox"/> 杖歩行	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 歩行不能	<input type="checkbox"/> その他	
	移乗	<input type="checkbox"/> 車イス (自操 ・ 要介助)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
食事	食事行為	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> エプロン使用			
	摂取方法	<input type="checkbox"/> お箸	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> 自助具				
	食事量	<input type="checkbox"/> 多い	<input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> 少ない	<input type="checkbox"/> 食事量(約)	割	<input type="checkbox"/> 食事時間(分くらい)	
	主食	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 軟飯	<input type="checkbox"/> お粥	<input type="checkbox"/> ミキサー	<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"/> 極キザミ	<input type="checkbox"/> ミキサー		
	治療食	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(内容:)					
	制限	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(カロリー: g / 塩分 : g / 水分 : cc)					
	禁止食	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(理由:)					
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()					
	嚥下状態	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 時々むせる	<input type="checkbox"/> むせやすい	<input type="checkbox"/> トロミ剤 (無 ・ 有)		<input type="checkbox"/> 痰がらみ	
義歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()						
排泄	トイレ	<input type="checkbox"/> 一般(自立・誘導)	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ(自立・誘導)	<input type="checkbox"/> 尿器(自立・介助)				
	オムツ	<input type="checkbox"/> 使用なし	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ(日中・夜間)	<input type="checkbox"/> オムツ(日中・夜間)				
	失禁	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 時々あり	<input type="checkbox"/> あり				
	尿意	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 時々あり	<input type="checkbox"/> あり				
	便意	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 時々あり	<input type="checkbox"/> あり				
入浴	洗身	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	形態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
		<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> チェア一浴	<input type="checkbox"/> 機械浴				
更衣	動作	<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	整髪	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	洗面	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	髭剃り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
睡眠	良眠	ふつう	不眠	<input type="checkbox"/> 眠剤の服用(無 ・ 有:)				
その他特記事項								