

生活状況等調書

記入者氏名() 続柄()

身体 の 状 況	食事	1. 自立 【主食】 【副食】	2. 見守り 1. 常食 2. 刻み	3. 一部介助 2. 半粥 3. 全粥 3. ミキサー	4. 全介助 4. ミキサー																								
	排泄	1. 自立 【おむつの使用】	2. 一部介助 1. なし	3. 全介助 2. 昼夜 3. 夜のみ																									
	入浴	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助																									
	更衣	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助																								
	移動	1. 自立 【歩行】	2. 見守り 1. つかまり歩き	3. 一部介助 2. 杖使用	4. 全介助 3. 車いす 4. 寝たきり																								
	視力	1. 普通	2. やや悪い	3. ほとんど見えない																									
	聴力	1. 普通 【補聴器の使用】	2. やや悪い 1. 有り	3. ほとんど聞こえない 2. 無し																									
	言語	1. 普通	2. 聞き取りにくい	3. 聞き取れない																									
	その他	* 補足すべき身体状況について、具体的に記載してください。 -----																											
	認知症・精神の症状	1. 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している 2. 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる 3. 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする 4. 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする 5. 著しい精神症状や問題行動がみられ、専門医療を必要とする * その他、自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為、火の不始末等の行動あるいは、精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。 -----																											
医療的処置	1. カテーテル 2. ストマ(人工肛門) 3. 経管栄養(鼻腔・胃ろう・腸ろう) 4. 酸素療法 5. インシュリン注射 6. たん吸引(昼・夜) 7. その他() (現在治療中の病気) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">病名</th> <th style="width: 40%;">入院・通院病院</th> <th style="width: 30%;">期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月～</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月～</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月～</td> </tr> </tbody> </table> (既往歴) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">病名</th> <th style="width: 40%;">入院・通院病院</th> <th style="width: 30%;">期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月～ 年 月</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月～ 年 月</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月～ 年 月</td> </tr> </tbody> </table>					病名	入院・通院病院	期間			年 月～			年 月～			年 月～	病名	入院・通院病院	期間			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月
病名	入院・通院病院	期間																											
		年 月～																											
		年 月～																											
		年 月～																											
病名	入院・通院病院	期間																											
		年 月～ 年 月																											
		年 月～ 年 月																											
		年 月～ 年 月																											
家族状況	氏名		性別	続柄	氏名	性別	続柄																						
	(主な介護者)	(歳)			(歳)																								
		(歳)			(歳)																								
ケア担当	氏名	事業所名		電話番号																									
備考	* 特記すべき事項があれば、記入してください。 ----- -----																												
本人様の意向	1. 本人様が、入居・利用を希望している 2. 本人様の意向は確認していない、又は確認できない																												