

日常生活について

氏名	様	男・女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (満 歳)	

要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2

身長	cm	性格	職歴	
体重	kg	趣味	嗜好	飲酒 <input type="checkbox"/> 有 (本 / 日・年間) <input type="checkbox"/> 無 喫煙 <input type="checkbox"/> 有 (本 / 日・年間) <input type="checkbox"/> 無

A D L	移動	内容	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 補助用具 (シルバーカー・歩行器・その他 :)				
		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				
		操作	<input type="checkbox"/> 自操可 <input type="checkbox"/> 不可				
		寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 柵につかまれば可 <input type="checkbox"/> 全介助				
		起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
		座位保持	<input type="checkbox"/> 可 (時間程度) <input type="checkbox"/> 不可				
		立位保持	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 不可				
		転倒落の既往	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	コメント						
	睡眠	睡眠時間	時間				
		内容	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団				
		状況	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 浅眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 眠剤使用 (使用薬剤 :)				
	コメント						
	食事	内容	主食	: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> お粥 (粥) <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 経管栄養			
			副食	: <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ			
治療食			: <input type="checkbox"/> 有 (減塩食・糖尿病食・その他 : 食 / Nacl g : kcal) <input type="checkbox"/> 無				
介助		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティング自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
		摂取量	主食 : 割 / 副食 : 割				
使用物品		<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 吸い飲み <input type="checkbox"/> エプロン <input type="checkbox"/> その他 ()					
		<input type="checkbox"/> 自助具 (本人持参・施設食器 / 使用器具 :)					
むせ込み		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 困難 (トロミ剤使用 / 有・無)					
アレルギー		<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無					
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
コメント							
口腔	内容	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 義歯 (部分入歯・総入歯 / 自歯 本あり) <input type="checkbox"/> 自歯も義歯もない					
	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					
	コメント						
排泄	日中	<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"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿便器 <input type="checkbox"/> 尿パッド <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他 ()					
	夜間	<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"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿便器 <input type="checkbox"/> 尿パッド <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他 ()					
	失禁頻度	日中 : 回程度 / 夜間 : 回程度					
コメント							
更衣	内容	◆上衣の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
		◆下衣の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
		◆ホタンのかけはずし	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
		◆靴下の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
コメント							
清潔	内容	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャー浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭のみ <input type="checkbox"/> 入浴不可 <input type="checkbox"/> 入っていない					
		<input type="checkbox"/> 訪問入浴 (回 / 週・月)					
	介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
コメント							
リハビリ	実施内容						
	状況						

心身の状態について

心身の状態	麻痺	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	部位	<input type="checkbox"/> 上肢 (右・左) <input type="checkbox"/> 下肢 (右・左)	状態			
	関節硬縮	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	部位	<input type="checkbox"/> 右 (肩・肘・手・股・膝・足) <input type="checkbox"/> 左 (肩・肘・手・股・膝・足)	状態			
	言語障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	程度	<input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 発語不能 <input type="checkbox"/> その他 ()	状態			
	聴力障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	部位	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	状態			
			補助用具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	視力障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	補助用具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> その他 ()	状態			
	意志の疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	状態					
	精神状態	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	状態					
	認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	程度	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 重度	認知関連データ	HDS-R	点 (年 月 日 実施)	
						MMSE	点 (年 月 日 実施)	
認知機能	周辺症状		状態		周辺症状		状態	
	<input type="checkbox"/> 被害妄想				<input type="checkbox"/> 収取癖			
	<input type="checkbox"/> 暴言・暴力				<input type="checkbox"/> 昼夜逆転			
	<input type="checkbox"/> 落ち着きがない				<input type="checkbox"/> 徘徊			
	<input type="checkbox"/> 作り話をする				<input type="checkbox"/> 帰宅願望			
	<input type="checkbox"/> 同じ話を何度もする				<input type="checkbox"/> 不潔行為			
	<input type="checkbox"/> 幻聴・幻視				<input type="checkbox"/> 異食・盗食			
	<input type="checkbox"/> 大声を出す				<input type="checkbox"/> 破壊行為			
	<input type="checkbox"/> 一人で出たがる				<input type="checkbox"/> 性的トラブル			
	<input type="checkbox"/> 感情不安定				<input type="checkbox"/> 無関心な状態			
<input type="checkbox"/> 介護抵抗				<input type="checkbox"/> その他				
コメント								

余暇の過ごし方(テレビ鑑賞・囲碁・将棋・昼寝など、日中の過ごし方を記入してください。)

【特記事項】

< 病院 ・ 施設 ・ 居宅介護支援事業所 ・ その他 () >

【施設名】:

【記載日】: 平成 年 月 日 【記載者】 職名 : / 氏名 :