

# 身体及び精神等の状況調査票

該当する□にレを入れてください。

フリガナ		生年月日	明 大 昭 年 月 日 ( 歳 )
氏 名		性別	男 ・ 女
現住所	〒 ー 指宿市	電話 ( )	携帯 ー ー
心 身 の 状 況	1 麻痺の有無	<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他	
	2 拘縮の有無	<input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> ひじ <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> その他	
	3 視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し見える <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 眼鏡	
	4 聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し聞こえる <input type="checkbox"/> 耳元で大声 <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器	
	5 言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少しわかりにくい <input type="checkbox"/> ほとんどわからない <input type="checkbox"/> わからない	
	6 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (障害名 ー種ー級)	
	7 精神障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 有の場合の症状 ( )	
	8 認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 有の場合の症状 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	9 知的側面	<input type="checkbox"/> 物忘れ ( 重 ・ 中 ・ 軽 ) <input type="checkbox"/> 見当識障害 ( 場所 時間 人物 )	
	10 コミュニケーション (意思の疎通)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない	
	11 対人関係	<input type="checkbox"/> 内気 <input type="checkbox"/> 活発 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 無表情 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
介 助 の 程 度 ・ A D L	1 起き上がり	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	2 歩行	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 (介助: 要 不要 )	
	3 排泄	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ ( 昼 ・ 夜 ) <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ ( 昼夜 ・ 夜のみ )	
	4 食事	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 ( はし ・ スプーン ・ 自助具 ) <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( 経鼻 ・ 胃ろう )	
	5 入浴	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	6 着脱衣	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
摂 食	◇ 口腔状態 ( 良 ・ 悪< > ) ◇ 義歯 ( 上・下・両方 ) ◇ 主食 ( ふつう・軟・かゆ・ミキサー ) ◇ 副食 ( ふつう・きざみ・ミキサー ) ◇ 嚥下状態 ( 良・やや悪・悪 ) ◇ アレルギー ( 無・有< > ) ◇ その他 ( たばこ…1日 本 ) (アルコール…1日コップ 杯)		
備 考			