

身体状況等確認表
空欄は記入その他は該当箇所に○又は△をしてください。

生い立ち・趣味など

生まれた場所			
長く生活していた場所		習慣・こだわり	
職歴		趣味・趣向品	

施設生活に対する要望・希望

本人		家族	

お身体の状況

身長	cm	体重	kg	体格
麻痺	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (部位:)	拘縮	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (部位:)	
視力	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> かなり悪い <input type="checkbox"/> 見えない	眼鏡	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無し 自己管理 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
聴力	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> かなり悪い <input type="checkbox"/> 見えない	補聴器	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無し 自己管理 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
食事	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> できない	食事の形	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> みじん切り状 <input type="checkbox"/> ペースト	
食事中のむせ込み	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 頻繁にある	トロミ	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要(程度)	
アレルギー				
経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔	経管栄養量	朝 ml 昼 ml 夕 ml	
		白湯	朝 ml 昼 ml 夕 ml	

お身体の状況				
排泄動作	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> できない	尿意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない	失敗 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
排泄用品	<input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> 尿取り <input type="checkbox"/> 紙パンツ	便意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない	失敗 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
バルン・ストマ	<input type="checkbox"/> 使用あり (<input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> ストマ)	排便間隔		日おき 下剤 <input type="checkbox"/> 使う <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 不要
寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> できない	備考		
立ち上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> できない	備考		
歩行	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> できない	備考		
車椅子	<input type="checkbox"/> 自分で操作できる <input type="checkbox"/> 操作できない	タイプ	<input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> 多機能 <input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> 超低床	
移乗(乗り移り)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> できない	備考		
入浴	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> できない	種類・好み	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 座浴 <input type="checkbox"/> 寝浴	<input type="checkbox"/> 入浴好き <input type="checkbox"/> 入浴嫌い
更衣動作	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> できない	備考		
歯磨き	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> できない	入れ歯	<input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下	
認知面・精神面などの状況				
意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> できない	備考		
物事の理解力	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> できない	備考		
気になる行動	<input type="checkbox"/> 徘徊(家の中を歩き回る) <input type="checkbox"/> 徘徊(家の外に出て行ってしまう) <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 妄想			
	<input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 夜間不眠 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 異食			
	<input type="checkbox"/> ところかまわず排泄をしてしまう <input type="checkbox"/> その他()			
介護で困った事				