

状況調査表（概況・身体面）

令和 年 月 日

フリガナ		性 別	生年月日	明・大・昭 年 月 日（ 歳）	
利用者名		男・女	住 所	〒	
申請者氏名 緊急連絡先	氏名（ ）	血液型	A・B・AB・O型（ ）		
	電話（ ） 続柄（ ）		現在の 住環境	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 同居	
介護保険	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	保険者	（ ） 区・市・町・村		
生活保護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	標準負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 未取得 <input type="checkbox"/> 既取得		
収 入	国民年金／厚生年金	その他収入（ ）	所帯住民税		
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	¥ / 2ヶ月	¥	<input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 課税世帯	
病名・病歴 (入院歴)			生活歴	職 歴（ ）	
			婚歴： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 同居・別居・離婚・死別・離別 （概況）		
内服薬			（家族構成・配偶者の有無）		
身障手帳	<input type="checkbox"/> 有（ 級 種） 障害名（ ）				
身 体 状 況	食 事	状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養（ ）		
		アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）		
		主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ミキサー食		
		副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ミキサー食		
		器具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン・フォーク <input type="checkbox"/> 自助用具（ ）		
	制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（cal： 塩分： 禁食： 水分： ） （嫌いな物等： ）			
	移 動	形態	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> T字杖・四点杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器		
			<input type="checkbox"/> 手つなぎ <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング		
	排 泄	状況	<input type="checkbox"/> 自立（トイレ） <input type="checkbox"/> 部分的な介助 <input type="checkbox"/> 全介助（オムツ）		
		用具類	<input type="checkbox"/> 紙パンツ・紙おむつ・尿とりパット <input type="checkbox"/> ポータブル（昼・夜） <input type="checkbox"/> 尿 器		
		尿便意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 全く無い		
	入 浴	状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分的な介助 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要		
		形態	<input type="checkbox"/> 一般浴室 <input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴		
	整 容	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分的な介助 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要		
		口腔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分的な介助 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要 <input type="checkbox"/> 義歯（上・下）		
洗顔		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分的な介助 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要 <input type="checkbox"/> 髭剃り			

状況調査表（健康・認知面）

視 力	<input type="checkbox"/> 正常		<input type="checkbox"/> やや低下		<input type="checkbox"/> 殆ど見えない		<input type="checkbox"/> 全く見えない		<input type="checkbox"/> 眼鏡使用						
聴 力	<input type="checkbox"/> 正常		<input type="checkbox"/> やや難聴		<input type="checkbox"/> 殆ど聞こえない		<input type="checkbox"/> 全く聞こえない		<input type="checkbox"/> 補聴器使用						
意思伝達	<input type="checkbox"/> 正常		<input type="checkbox"/> 日常レベルで可		<input type="checkbox"/> 日常的に困難		<input type="checkbox"/> できない		<input type="checkbox"/> 失語症						
意思決定	<input type="checkbox"/> 正常		<input type="checkbox"/> 日常レベルで可		<input type="checkbox"/> 日常的に困難		<input type="checkbox"/> できない								
麻痺	上肢	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有（		現在受けている医療									
	下肢	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有（											
	その他	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有（											
拘縮	上肢	<input type="checkbox"/> 肩	<input type="checkbox"/> 肘	<input type="checkbox"/> 手指	<input type="checkbox"/> 円背						<input type="checkbox"/> 無し				
	下肢	<input type="checkbox"/> 股	<input type="checkbox"/> 膝	<input type="checkbox"/> 足指							<input type="checkbox"/> 疼痛の看護（				
	その他	<input type="checkbox"/> 有（									<input type="checkbox"/> 褥瘡処置（				
嚥下・ムセリ	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有（		<input type="checkbox"/> 経管栄養（										
感染症	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有（		<input type="checkbox"/> 点滴（										
身長・体重	身長（		cm）		体重（						kg）				
障害高齢者の日常生活自立度判定基準（○で囲む）															
自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2															
認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（○で囲む）															
自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M					<input type="checkbox"/> 留置カテーテル										
					<input type="checkbox"/> ストマ管理										
					<input type="checkbox"/> 糖尿病（インスリン）										
					<input type="checkbox"/> 人工透析										
					<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養法										
					<input type="checkbox"/> 人工呼吸器（レスピレーター）										
					<input type="checkbox"/> 在宅酸素（										
					<input type="checkbox"/> その他（										
認知症状の有無			主な症状			利用者・家族の意向									
1	物忘れ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有												
2	被害妄想	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有												
3	幻覚・幻聴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有												
4	徘徊	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有												
5	帰宅願望	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有												
6	暴言・暴力	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有												
7	器物破損	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有									1日の過ごし方			
8	感情不安定	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有				趣味・活動など								
9	介護抵抗	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有												
10	昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有												
11	異食行為	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有												
12	その他	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有												
担当・居宅（ケアマネジャー）				居宅介護支援事業所				氏名				CM			
現在利用しているサービス						生活歴									
※メールアドレス（パソコンでのメールで情報交換を希望する場合は記入）															
アドレス：（															