

# 心身現況表

申請日	平成 年 月 日	利用区分	<input type="checkbox"/> 新規利用	送迎	<input type="checkbox"/> 希望する
フリガナ			<input type="checkbox"/> 再利用		<input type="checkbox"/> 希望しない
利用者氏名		利用希望日	平成 年 月 日		
生年月日	M・T・S 年 月 日		平成 年 月 日 から 平成 年 月 日		

身体	麻痺の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	可動域制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
起居動作	寝返り	<input type="checkbox"/> 掴まらずに出来る <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば出来る <input type="checkbox"/> 出来ない			
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 掴まらずに出来る <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば出来る <input type="checkbox"/> 出来ない			
	座位保持	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 手で支えれば出来る <input type="checkbox"/> 支えてもらえば出来る <input type="checkbox"/> 出来ない			
	立位保持	<input type="checkbox"/> 支えなしで出来る <input type="checkbox"/> 支えがあれば出来る <input type="checkbox"/> 出来ない			
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 掴まらずに出来る <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば出来る <input type="checkbox"/> 出来ない			
移動・移乗	歩行	<input type="checkbox"/> 掴まらずに出来る <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば出来る <input type="checkbox"/> 出来ない			
	使用器具	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手押し車 <input type="checkbox"/> 車椅子 < <input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助 > )			
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
食事	嚥下	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 出来ない	摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> とろみ食 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	制限	内容 ( ) <input type="checkbox"/> 塩分制限 ( g ) <input type="checkbox"/> カロリー制限 ( kcal )			
排泄・入浴	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	尿意	<input type="checkbox"/> あり ( 失禁: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ) <input type="checkbox"/> なし	
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	便意	<input type="checkbox"/> あり ( 失禁: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ) <input type="checkbox"/> なし	
	下着の種類	<input type="checkbox"/> 布下着 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> 尿取りパット	最終排便	H 年 月 日	
	洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない		時 分頃	
着脱	上着の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	スホン等の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
コミュニケーション	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 1m先が見える <input type="checkbox"/> 目の前が見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能			
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 普通の声がやっと聞こえる <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能			
	意思の伝達	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくら困難 <input type="checkbox"/> ごく具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない			
	指示への反応	<input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> 時々通じる <input type="checkbox"/> 通じない			
精神行動障害	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 大声・奇声を出す <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 徘徊			
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 破損行為			
医療情報	特別な医療	<input type="checkbox"/> 透析 ( 回 / 週 ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻 ) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> 床ずれ処置			
		<input type="checkbox"/> 気管支切開処置 ( 交換日 H 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> ターミナル管理 <input type="checkbox"/> 人工肛門			
		<input type="checkbox"/> パルンカテテル ( 交換日 H 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> モニター管理 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器			
	既往歴	年 月		年 月	
		年 月		年 月	
年 月			年 月		
年 月			年 月		

自立度	障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				

記入者氏名	事業所名	電話番号
-------	------	------