

現在の生活のご様子

ご利用者氏名： _____

※ わかる範囲内のみでかまいません。

①食事	形態	主食：(常食・粥・ミキサー) 副食：(常食・刻み・荒刻み・ミキサー)			
	介助	自立	一部介助	全面介助	(部分入歯 ・ 総入歯)
②排泄		自立	一部介助	全面介助	(オムツ・ポータブル・パット・その他())
③起立		自立	一部介助	全面介助	手すり使用
④歩行		自立	一部介助	全面介助	(車椅子・杖・その他())
⑤入浴		自立	一部介助	全面介助	(一般浴・個人浴・機械浴・その他())
⑥着衣着脱		自立	一部介助	全面介助	
⑦認知症		アルツハイマー型認知症 ・ 脳血管性認知症 ・ その他()			
		物忘れ・場所と時間がわからない・昼夜逆転・興奮・幻覚・妄想(物盗られ・被害)			
		暴力・徘徊・異食・その他の症状()			
		困っていること()			
⑧聴力		良好	大きな声で聞こえる	失聴(補聴器 有 無)	
⑨視力		良好	低下(右 ・ 左 ・ 両方)	失明(メガネ 有 無)	
⑩睡眠		良眠	浅い眠り	不眠症	睡眠薬あり 睡眠時間(夜間： 時間 日中： 時間)
⑪健康状態	現在	良好 大病はないが体は弱い 病気がちである(病名：)			
		内服薬(無 ・ 有(お薬の名前：)			
	既往歴				
⑫アレルギー		なし	有り(食べ物： 薬： その他())		
⑬身長・体重等		身長	cm	体重	kg 体温 度 血圧(/) 脈()
⑭意思表示		正常範囲	基本的欲求のみ	困難	
⑮理解度		正常範囲	まれに理解	困難	
⑯運動障害		なし	軽度麻痺あり	完全麻痺(部位：)	
⑰精神機能		正常範囲	意欲の低下()		
⑱皮膚所見		湿疹の有無(有 ・ 無)		湿疹の部位()	
		皮膚のかゆみの有無(有 ・ 無)		かゆみの部位()	
		とこずれの有無(有 ・ 無)		とこずれの部位()	
毎日の習慣やこだわり					
酒		<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む：種類		量	/日
タバコ		<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う：種類		量	本 /日
趣味・宗教好きなこと					
ご利用者 ご家族の同意	ご利用者	同意されている ・ 意向は確認していない ・ 意向は確認できない			
	ご家族	全員同意 ・ 一部同意(反対理由) ※差支えない範囲でご記入ください			
ホームでの生活に対する希望など					

記入年月日： 令和 年 月 日

ご記入者氏名： _____