

《身体状態及び生活状況の確認票》

利用検討会議において参考としたい為、お手数ではありますが、ご利用様の身体状態、生活状況について情報提供をお願い致します。

介護老人保健施設 高田の郷

寝返り	自立・柵につかまる・一部介助・かなり介助・全介助 / ベッド・畳
起き上がり	自立・柵につかまる・一部介助・かなり介助・全介助
座位保持	自立・柵につかまる・支えが必要・できない
立ち上がり	自立・柵につかまる・一部介助・かなり介助・全介助
立位保持	自立・柵につかまる・一部介助・かなり介助・全介助
移乗	自立・見守り・一部介助・かなり介助・全介助
移動方法	自立・杖・老人車・歩行器/伝い歩き/いざり/車イス（自操・介助・リクライニング）
更衣	自立・見守り（声掛け）・一部介助（上着・ズボン）・全介助
入浴形態	一般浴・家庭浴・チェアインバス・ストレッチャー浴・その他（ ）
食事摂取	自立・一部介助（見守り・ ）・全介助・経管栄養/箸・スプーン
食事量	普通・少し・乏しい/トロミ：無・有/むせ：無・有
食事形態	主：ごはん（おにぎり）・お粥・ペースト 副：ふつう・刻み・極刻み・ペースト
食事制限	無・有（内容）
口腔ケア	自立・一部介助・全介助/入れ歯：無・有（上・下）
排泄	尿意：有・不確か・無/便意：有・不確か・無/尿力テータル/ストーマ
場所（昼）	トイレ・尿器・ポータブルトイレ/布パンツ・紙パンツ・尿取りパット・オムツ
介助（昼）	自立・トイレ誘導・一部介助（移乗動作・ズボンの上げ下げ）・全介助
場所（夜）	トイレ・尿器・ポータブルトイレ/布パンツ・紙パンツ・尿取りパット・オムツ
介助（夜）	自立・トイレ誘導・一部介助（移乗動作・ズボンの上げ下げ）・全介助
麻痺	無・有（部位）
関節の拘縮	無・有（部位）
床ずれ	無・有（部位） /エアマットの使用：無・有
皮膚疾患	無・有（部位） /かゆみ：無・有
視力	支障なし・見えにくい・やっと見える・見えない
聴力	支障なし・聞こえにくい・やっと聞こえる・聞こえない
言語	支障なし・伝えづらい・伝えられない/筆談・その他（ ）
意志の疎通	支障なし・大体できる・何とかできる・困難
◎認知症等による生活上の問題：無・有（帰宅要求・徘徊・昼夜逆転・幻視幻聴・声出し・暴力）	
身体拘束	無・有：認知棟・個室・4点柵・抑制帯・ツナギ服・その他（ ）

ご利用者氏名 _____ 様 / 現在の状況： _____ にて

記入日：H _____ 年 _____ 月 _____ 日 / 記入者名： _____ （職種）