

身体状況票

記入日 年 月 日

川がナ 氏名	男 女	介護度 (要支援 2 要介護 1 2 3 4 5) 認知症自立度 (I IIa IIb IIIa IIIb IV M)	
	日頃の様子 (該当する箇所に○をつけて下さい)		特別な様子
体格	身長: cm ・ 体重: kg		
性格	穏やか 怒りっぽい せっかち 話し好き ()		
寝室	ベッド つかまる柵 L字バー 畳に布団 ()		
テレビ	見ない 見る 時々見る		
移動	独歩: 自立 見守り ・ 杖: 1本杖 四点杖 シルバーカー ・ 歩行器: 持ち上げ式 タイヤ付き		外出時の様子
目	見える 見えにくい: 右 左 眼鏡: 無 有 ・ 目薬: 無 有 ()		
耳	聞こえる 聞こえにくい: 右 左 補聴器: 無 有 (自己管理 管理できない)		
伝達手段	言葉 筆談 身振り		
食事	主食: ご飯 粥 ・ おかず: 普通 一口大 小さく刻む 好き: 無 有 () ・ 嫌い: 無 有 () アレルギー禁食: 無 有 ・ ムセ: 無 有 (毎回 時々) 食べこぼし: 無 有 (多い 少ない) 水分: 問題ない トロミ ・ 食欲: 普通 旺盛 細い 使用具: 箸 スプーン ・ カップ持ち手: 無 有		アレルギー: エビ カニ 卵 青魚 () 禁食: グレープフルーツ 納豆 ()
歯	自歯 ・ 総義歯: 上 下 ・ 部分入れ歯: 上 下 口腔ケア: 歯みがき 義歯洗浄		
排泄	日中: 布パンツ 紙パンツ 尿取りパット 夜間: 布パンツ 紙パンツ 尿取りパット 紙オムツ トイレ使用: 自立 声掛け誘導 介助 排便: 自然排便 下剤服用 () 排便間隔: ____ 日に1回程度 確認できていない		
入浴	拒否: 無、有 ・ 衣類の準備: できる できない		
更衣	パジャマ更衣: する しない 着替え: できる 準備すればできる 介助必要		
整容	洗面: できる 準備すればできる 介助必要 髭剃り: できる 準備すればできる 介助必要		
睡眠	良眠 不眠: 頻繁 時々 眠剤: 無 有 ()		
得意なこと	食事作り 掃除 洗濯 畑作業 ()		
他者との交流	積極的 消極的		
困っていること	(帰宅願望 収集 暴言 暴力など)		