

状況調査票 (2)

氏名 :

※空欄に記載、該当箇所に○印

身体状況及び日常生活動作の状況	視力	1. 正常 2. 大きな字なら見える 3. ほとんど見えない(右・左) 4. 全く見えない (眼鏡の使用: 無・有)				
	聴力	1. 正常 2. 大声なら聞こえる 3. ほとんど聞こえない(右・左) 4. 全く聞こえない (補聴器の使用: 無・有)				
	会話	1. 問題ない 2. 簡単な受け答えは可能 3. ほとんど話せない 4. 全く話せない (義歯の使用: 無・有)				
	歩行	1. 自立 2. 杖を使用 3. 歩行器を使用 4. 付き添い介助必要 5. 全介助 (車椅子の使用: 無・有 → 自操: 可・不可 車椅子への移乗: 可・不可)				
	食事	1. 自立 2. 声かけ・見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助 内容: 1. 普通食 2. お粥 3. きざみ食 4. ペースト食 5. 糖尿病食 6. 鼻腔栄養 7. 胃ろう 8. その他制限食()				
	排泄	1. 自立 2. 声かけ・見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助 内容: 1. トイレ 2. 尿器 3. ポータブルトイレ 4. リハビリパンツ 5. オムツ 6. 尿取りパッド (尿意・便意: 無・有)				
	入浴	1. 自立 2. 声かけ・見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助 内容: 1. 一般浴槽 2. リフト浴槽 3. 機械浴槽 4. 清拭				
	更衣	1. 自立 2. 声かけ・見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助				
	身体障害等	無・有(障害名:)				
	床ずれ	無・有(部位と大きさ:)				
身長／体重		cm	/	kg		
既往症名 (現在は治癒した病気)				治癒時期	年	月
				治癒時期	年	月
現在の主な病名 (現在治療中の病気)				発症時期	年	月～
				発症時期	年	月～
				発症時期	年	月～
				1. 経管栄養 2. 酸素療法 3. インスリン注射 4. 人工肛門 5. 導尿カテーテル 6. 気管切開 7. 透析 8. その他()		
かかりつけ医療機関 主治医師名等		医療機関名				
		医療機関所在地				
		主治医名				

精神及び問題行動の状況	認知症の状況	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M (ケアマネージャーに聞いてください)	
	下記の問題行動について、項目ごとに該当する数字を記入してください。		
	<ul style="list-style-type: none"> ・問題行動がない場合は「1」を記入 ・1ヶ月に1~2回程度ある場合は「2」を記入 ・1週間に1~2回以上ある場合は「3」を記入 ・毎日ある場合は「4」を記入 		
	物を盗られたなどと被害的になることが		「家に帰る」等と言い、落ち着きがなくなることが
	作話をし、周囲に言いふらすことが		外出すると1人で戻れなくなることが
	実際ないものが見えたり、聞こえることが		1人で外に出たがり目が離せないことが
	泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが		いろいろな物を集めたり、無断で持ってくることが
	夜間不眠あるいは昼夜の逆転が		火の始末や火元の管理ができないことが
	暴言や暴行が		物や衣類を壊したり、破いたりすることが
	しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが		便いじりなど不潔な行為を行うことが
大声を出すことが		食べられないものを口に入れることが	
助言や介護に抵抗することが		周囲が迷惑している性的行動が	
目的もなく動き回ることが		ひどい物忘れが	
【認知症状や問題行動等で困っている点を記入してください】			
【介護が困難な理由、入居を希望する理由をわかりやすく記入してください】			
記入者		続柄	

【施設記入欄】

担当者	確認者	