

状 況 調 査 票 (2)

氏名：\_\_\_\_\_

※空欄に記載、該当箇所には○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。 ・ 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	
	実際には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、無断で持ってくるのが	
	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		使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	