

心身状況票 (わかる範囲で☐点とご記入をお願いします。)

| | | | | | | | |
|----------------------------------|---|---|--|--|--|--|--|
| 食事 | 摂取 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 経口摂取不可 | |
| | 食事形態 | 主食 | <input type="checkbox"/> 常食 | <input type="checkbox"/> 軟飯 | <input type="checkbox"/> 粥 | <input type="checkbox"/> ミキサー | <input type="checkbox"/> その他 () |
| | | 副食 | <input type="checkbox"/> 常食 | <input type="checkbox"/> 刻み | <input type="checkbox"/> みじん | <input type="checkbox"/> ミキサー | <input type="checkbox"/> その他 () |
| 嚥下 | <input type="checkbox"/> むせない | <input type="checkbox"/> 時々むせる | <input type="checkbox"/> 毎回むせる | <input type="checkbox"/> トロミ剤 (<input type="checkbox"/> 使用する <input type="checkbox"/> 使用しない) | | | |
| 排泄 | 動作 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 誘導・一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | | | |
| | 尿意 | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ない | | | |
| | 便意 | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ない | | | |
| | 下着 | <input type="checkbox"/> 布パンツ | <input type="checkbox"/> リハビリパンツ (<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) | | <input type="checkbox"/> オムツ (<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) | <input type="checkbox"/> パット (<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) | |
| | 場所 | <input type="checkbox"/> トイレ | <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ | <input type="checkbox"/> 尿器 | <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 入浴 | 動作 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| | 方法 | <input type="checkbox"/> 家庭用浴槽 | | <input type="checkbox"/> 施設一般浴 | <input type="checkbox"/> 施設機械浴 | | |
| | 更衣 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| | 拒否 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> 強くある | | | |
| 動作等 | 移動方法 | <input type="checkbox"/> 自立歩行 | <input type="checkbox"/> 杖歩行 | <input type="checkbox"/> 歩行器 | <input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助) | | <input type="checkbox"/> 寝たきり |
| | 立位 | <input type="checkbox"/> 安定 | <input type="checkbox"/> 支えがあれば可能 | | <input type="checkbox"/> 不安定 | <input type="checkbox"/> 不可 | |
| | 座位 | <input type="checkbox"/> 安定 | <input type="checkbox"/> 支えがあれば可能 | | <input type="checkbox"/> 不安定 | <input type="checkbox"/> 不可 | |
| 身体状況 | 視力 | <input type="checkbox"/> 見える | <input type="checkbox"/> 見えにくい | <input type="checkbox"/> 見えない | <input type="checkbox"/> 眼鏡使用 | | |
| | 聴力 | <input type="checkbox"/> 聞こえる | <input type="checkbox"/> 聞こえにくい | <input type="checkbox"/> 聞こえない | <input type="checkbox"/> 補聴器使用 | | |
| | 言語 | <input type="checkbox"/> 話せる | <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい | | <input type="checkbox"/> 話せない | | |
| | 意思 | <input type="checkbox"/> 疎通できる | | <input type="checkbox"/> ある程度できる | | <input type="checkbox"/> 疎通できない | |
| | 麻痺 | <input type="checkbox"/> 無 | | <input type="checkbox"/> 有 (部位 :) | | | |
| 睡眠 | <input type="checkbox"/> 普通 | | <input type="checkbox"/> 時々眠れない | <input type="checkbox"/> 不眠 | <input type="checkbox"/> 睡眠薬の使用 (名称 :) | | |
| 嗜好品等 | 飲酒 | <input type="checkbox"/> 飲まない | | <input type="checkbox"/> 飲む (量 :) | | | |
| | タバコ | <input type="checkbox"/> 吸わない | | <input type="checkbox"/> 吸う (本数 : 本 / 日) | | | |
| 認知症状 | <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不穏興奮 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 幻覚幻聴 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 暴言暴力 <input type="checkbox"/> 性的行為 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> (その他) | | | | | |
| | ※上記の内容を具体的にご記入ください (困っていることなど) | | | | | | |
| 性格 | <input type="checkbox"/> 穏やか <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 人に溶け込めない | | | | | | |
| 医療処置 | <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 胃ろう | <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 | <input type="checkbox"/> 酸素療法 | <input type="checkbox"/> インシュリン (/回、 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 就寝) | | |
| 既往歴 | <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 人工透析 | | | | | | |
| 現病歴 | <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |
| 内服薬 | | | | | | | |
| 感染症 | <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 結核 | <input type="checkbox"/> B型肝炎 | <input type="checkbox"/> C型肝炎 | <input type="checkbox"/> MRSA | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 緑膿菌 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | |