

# 介護施設利用申込書 (3/3)

(5) 身体状況および日常生活動作に関すること

視力障害	右	<input checked="" type="radio"/> 有 ( )	眼鏡使用	聴力障害	右	<input checked="" type="radio"/> 有 ( )	補聴器使用
	左	<input checked="" type="radio"/> 有 (新聞の見出し程度)	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有		左	<input checked="" type="radio"/> 有 (耳元で大きな声で)	
言語	無・ <input checked="" type="radio"/> 有 状態 ( <u>ぼそぼそとしゃべる</u> 等 )						
麻痺	無・ <input checked="" type="radio"/> 有 部位 ( <u>左上下肢 左腕、左足 左半身</u> 等 )						
拘縮	無・ <input checked="" type="radio"/> 有 部位 ( <u>左肘が曲がってほとんど動かない状態</u> 等 )						
四肢の痛み	無・ <input checked="" type="radio"/> 有 部位 ( <u>左足を動かすと痺れるような痛み</u> 等 )						
皮膚疾患	無・ <input checked="" type="radio"/> 有 部位 ( <u>左腰に床ずれあり</u> )						
寝返り	<input checked="" type="radio"/> 自立	つかまればできる	一部介助	全介助	(介助内容: )		
起き上がり	自立	つかまればできる	<input checked="" type="radio"/> 一部介助	全介助	(介助内容: <u>最後だけ背中を押す</u> )		
座位保持	自立	つかまればできる	一部介助	全介助	(介助内容: <u>柵につかまっていれば大丈夫</u> )		
立位保持	自立	つかまればできる	一部介助	全介助	(介助内容: <u>柵につかまっていれば大丈夫</u> )		
移乗	自立	つかまればできる	<input checked="" type="radio"/> 一部介助	全介助	(介助内容: <u>腰をささえている</u> )		
移動	独歩	杖	シルバーカー	歩行器 ( )	車椅子 (リクライニング式)	つたい歩き	いざり
	自立	見守り	<input checked="" type="radio"/> 一部介助	(介助内容: 左に行ってしまう。その都度方向修正)		全介助	
食事	自立	<input checked="" type="radio"/> 一部介助	(介助内容: 食事後半介助)				全介助
	主食形態	<u>お粥</u>	普通・大盛・小盛	摂取量	<u>ふつう・少なめ・ムラあり</u>		
	副食形態	<u>軟らかく煮ている</u>	普通・大盛・小盛	摂取量	<u>ふつう・少なめ・ムラあり</u>		
	食事制限	<input checked="" type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 有 (内容 )					
	アレルギー	<input checked="" type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 有 (内容 )					
	嚥下状態	良好	<input checked="" type="radio"/> 不良	むせ	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	とろみ	<input checked="" type="radio"/> 必要 <input type="radio"/> 不要
	経管栄養	経鼻	胃ろう	腸ろう	: 栄養の種類 ( )		
		: 総カロリー	Kcal	: 白湯	ml/日	回数	回/日
口腔ケア	自歯	<input checked="" type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 有	義歯	<input checked="" type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 有 (総義歯・部分義歯)			
	自立	<input checked="" type="radio"/> 一部介助 (介助内容: 自歯のみ本人がみがいている)				全介助	
排泄	尿意	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 不確か <input type="radio"/> 無	状態	<input checked="" type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 頻回 <input type="radio"/> 導尿 <input type="radio"/> フォーレ <input type="radio"/> その他 ( )			
	便意	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 不確か <input type="radio"/> 無	状態	1回/1日 自然 <input checked="" type="radio"/> 下剤 <input type="radio"/> 坐薬 <input type="radio"/> 摘便 <input type="radio"/> 浣腸 <input type="radio"/> ストマ使用			
	日中	<input checked="" type="radio"/> トイレ <input type="radio"/> ホータブル <input type="radio"/> オムツ	その他 ( )	使用	布パンツ 紙パンツ <input checked="" type="radio"/> パット <input type="radio"/> オムツ		
	夜間	自立	誘導	<input checked="" type="radio"/> 一部介助	(介助内容: <u>ズボンの上げ下ろし</u> )		全介助
入浴	普通浴	座位浴	寝台浴	<input checked="" type="radio"/> ベッドバス	その他 ( )		
	自立	<input checked="" type="radio"/> 一部介助 (介助内容: )				全介助	
更衣	自立	<input checked="" type="radio"/> 一部介助 (介助内容: <u>ズボンの着脱全介助 上着は声をかければ出来る</u> )				全介助	
意思疎通	問題なくできる <input type="radio"/> やや問題あり <input type="radio"/> 日常的に困難 <input type="radio"/> できない <input type="radio"/>						
不適応行動	<input checked="" type="checkbox"/> 家族・知人を混同するなど人を間違える <input type="checkbox"/> 暴力的・攻撃的になる <input type="checkbox"/> 物忘れがひどく食事や荷物の場所を忘れてしまう <input type="checkbox"/> 昼と夜が逆転している <input type="checkbox"/> 火器やマッチ等の火の不始末がある <input type="checkbox"/> 異食や不潔行為がある <input type="checkbox"/> 徘徊がある、または無断で外出してしまい迷う <input type="checkbox"/> 作り話がある、または話がまとまらない <input type="checkbox"/> その他 ( )						
生活環境	ベッド・マット	畳対応	介護用ベッド (電動ベット)		マット ( )		
	その他	4点柵	つなぎ服	ミトン	抑制帯	コールマット	
	その他 ( )						

記入日 (令和〇〇年〇月〇日) 記入者 ( 続柄(職種) 長男 )

現在の状況  在宅  入院中  施設入所中  その他 ( )