

わかる範囲でご記入ください。

(氏名: _____)

身体及び日常生活動作の状況	視力	1. 日常生活に支障がない 2. 目の前に置いてある物が見える 3. ほとんど見えない 4. 全くみえない		
	聴力	1. 日常生活に支障がない 2. 大声なら何とか聞き取れる 3. ほとんど聞こえない 4. 全く聞こえない		
	会話	1. 日常生活に支障がない 2. やや不自由 3. 全く話せない 4. うなずき等で意思の伝達をすることができる		
	歩行	1. 日常生活に支障がない 2. 何かにつかまればできる 3. できない 4. 福祉用具を使用(杖・シルバーカー・歩行器) 5. 車椅子を使用(自走・介助)		
	移乗	1. 介助されていない 2. 見守り、声かけ等が必要 3. 一部介助 4. 全部介助		
	麻痺	1. なし 2. あり(部位:左上肢 左下肢 右上肢 右下肢)		
	褥瘡	1. なし 2. あり(部位: _____)	拘縮	1. なし 2. あり(部位: _____)
	食事	1. 介助されていない 2. 見守り、声かけ 3. 一部介助 4. 全介助 <内容> ①普通食 ②粥 ③きざみ食 ④ペースト食(ミキサー食) ⑤糖尿病食⑥経管栄養(鼻腔栄養・胃ろう)⑦その他制限等(_____)		
	排泄	1. 介助されていない 2. 見守り、声かけ 3. 一部介助が(ズボン等の上げ下げ等) 4. 全介助 ※福祉用具【補助具・介護用品等】の使用 (リハビリパンツ・紙おむつ・ポータブルトイレ・人工肛門・その他[_____])		
	衣服着脱	○上着の着脱 1. 介助されていない 2. 声かけ、見守り 3. 一部介助 4. 全介助 ○ズボン等の着脱 1. 介助されていない 2. 声かけ、見守り 3. 一部介助 4. 全介助		
入浴	1. 介助されていない 2. 見守り、声かけ 3. 一部介助 4. 全介助 5. 入浴していない			
精神及び行動の状況	<p>* 下記で当てはまる事柄があれば○をつけてください</p> <ul style="list-style-type: none"> ・被害的 (1. ない 2. ときどきある 3. ある) ・介護に抵抗 (1. ない 2. ときどきある 3. ある) ・作話 (1. ない 2. ときどきある 3. ある) ・落ち着き (1. ない 2. ときどきある 3. ある) ・感情が不安定(1. ない 2. ときどきある 3. ある) ・一人で出たがる(1. ない 2. ときどきある 3. ある) ・昼夜逆転 (1. ない 2. ときどきある 3. ある) ・収集癖 (1. ない 2. ときどきある 3. ある) ・同じ話をする (1. ない 2. ときどきある 3. ある) ・物や衣類を壊す(1. ない 2. ときどきある 3. ある) ・大声をだす (1. ない 2. ときどきある 3. ある) ・ひどい物忘れ (1. ない 2. ときどきある 3. ある) 			
生活状態	<生活歴>	<家族構成>		
健康状態	<現在の主な傷病名>	<既往歴>		
※その他				
見学をした 見学をしていない				
記入日 年 月 日 記入者(_____)				

受付日 年 月 日 受付者(_____)