

利用者状況表		事業所名	特養 高瀬荘
【基礎情報】		調査日	記入者
利用者氏名	(フリガナ)	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所	殿	生年月日	
主介護者	殿 (続柄: )		
緊急時等連絡先	昼:	夜:	
介護被保険者番号	有効期限	保険者	
要介護度	<input type="radio"/> 支 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 申請中 <input type="radio"/> 更新中		
在宅介護支援事業	(担当: )TEL		
主治医	科	(担当: )TEL	
疾病	科	(担当: )TEL	
疾病	投薬		
事項記			
入院歴	医療機関	～	病名
入所歴	施設名	～	病名

【身体状況】

自立度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 上肢(左) <input type="checkbox"/> 上肢(右) <input type="checkbox"/> 下肢(左) <input type="checkbox"/> 下肢(右) <input type="checkbox"/> その他 特記:
筋力低下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 上肢(左) <input type="checkbox"/> 上肢(右) <input type="checkbox"/> 下肢(左) <input type="checkbox"/> 下肢(右) <input type="checkbox"/> その他 特記:
拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 膝( ) <input type="checkbox"/> 股( ) <input type="checkbox"/> 肘( ) <input type="checkbox"/> 肩( ) その他( ) 特記:
移乗移動	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 歩行( ) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> 装具・補助具( ) <input checked="" type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全部 特記:
排泄	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> 尿取り <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 尿意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 便意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 排便間隔 日に一度 <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 要誘導 特記:
入浴	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> チェア浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 拒否有り 特記: 希望回数
食事	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 主 <input type="checkbox"/> ごはん <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管栄養( ) <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 副 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ほぐし <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> みじん <input type="checkbox"/> グリース <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> エプロン <input type="checkbox"/> 自助具( ) <input type="checkbox"/> アレルギー有 <input type="checkbox"/> 制限有 特記:
嚥下	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不可 特記:

義歯	<input type="radio"/> 全義歯 <input type="radio"/> 上義歯 <input type="radio"/> 下義歯 <input type="radio"/> 全自歯 <input type="radio"/> 自歯・義歯なし <input type="radio"/> その他 特記:		
褥瘡	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要体交 <input type="checkbox"/> 要体交器具	部位	<input type="checkbox"/> 仙骨部 <input type="checkbox"/> 大転子部 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 皮むけ <input type="checkbox"/> ホケット <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 円座 <input type="checkbox"/> 枕・クッション <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> その他( ) 特記:
浮腫	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 上肢(左) <input type="checkbox"/> 上肢(右) <input type="checkbox"/> 下肢(左) <input type="checkbox"/> 下肢(右) <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> なし 特記:		
就寝	<input type="radio"/> 畳 <input type="radio"/> ベッド 特記:		
視力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 両弱視 <input type="checkbox"/> 左弱視 <input type="checkbox"/> 右弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 眼鏡有り <input type="checkbox"/> 眼鏡なし <input type="checkbox"/> その他( ) 特記:		
聴力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 両難聴 <input type="checkbox"/> 左難聴 <input type="checkbox"/> 右難聴 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 補聴器有り <input type="checkbox"/> 補聴器なし 特記:		
意思疎通	<input type="radio"/> 可能 <input type="radio"/> 意思伝達一方からのみ <input type="radio"/> 不可 <input type="radio"/> 一部可能 特記:		
認知症精神状況	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 理解力 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 性的行為 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 拒否・抵抗 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> その他( ) 特記:		
嗜好	<input type="radio"/> たばこ <input type="radio"/> 飲酒	特記:	
リハビリ	プログラム	希望	

【生活歴・家庭状況】

家族構成	主介護者	生活歴・家庭状況	居室配置図
本人			手すり・移動バー・ボックル位置など

【ニーズ】

希望・目的	利用目的	
	希望	
利用内容	利用期間	～
	入退所時間	入所( ) 退所( )
	送迎方法	入所( <input type="radio"/> 施設 <input type="radio"/> 家族 ) 退所( <input type="radio"/> 施設 <input type="radio"/> 家族 )
	特記:	