

# 身体状況票

NO.1

フリガナ			記入日	平成	年	月	日
氏名							
身長・体重		cm	Kg				
食事	摂取量	全量 ・ 2/3 ・ 1/2 ・ 少量					
	種類	主食	常食 ・ 粥食 ・ ミキサー				
		副食	常食 ・ キザミ ・ 極キザミ ・ ミキサー ・ トロミ ・ 流動				
	使用器具	箸 ・ スプーン ・ フォーク ・ その他					
	摂取状況	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 経管栄養( 鼻腔・胃ろう・IVH )					
歯	自歯 ・ 義歯( 上 ・ 下 ) ・ 無						
排泄	尿	尿意	有 ・ 無 ( /日)				
		排泄行為	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	立位	可 ・ 不可		
		排泄方法	トイレ( 自立・誘導 ) ・ ポータブル ・ リハパンツ ・ オムツ ・ その他				
	便	便意	有 ・ 無 ( 日に一回)				
		排泄行為	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	立位	可 ・ 不可		
		排泄方法	トイレ( 自立・誘導 ) ・ ポータブル ・ リハパンツ ・ オムツ ・ その他				
移動	独歩	可 ・ 不可					
	器具	使用器具	杖 ・ 歩行器 ・ シルバーカー ・ 車椅子 ・ 補装具 ・ その他				
		器具操作	自操可 ・ 介助 ・ 見守り				
入浴	入浴行為	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助					
	入浴方法	一般浴 ・ 車椅子浴 ・ 機械浴 ・ 清拭 ・ その他					
整容	口腔内ケア	歯磨き ・ 義歯の手入れ (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)					
	身だしなみ	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助					
着替え	着脱動作	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助					
睡眠	睡眠状態	良好 ・ 不良 ( 内容 )					
意思表示	理解力	有 ・ 少しある ・ 無					
	意思表示	可能 ・ 多少障害有り ・ 不能					
	会話	可能 ・ 多少障害有り ・ 不能					
感覚	視力	普通 ・ やや困難 ・ 見えない					
	聴力	普通 ・ やや困難 ・ 聞こえない					
身体機能	麻痺	無 ・ 有 ( )					
	拘縮	無 ・ 有 ( )					
	褥瘡	無 ・ 有 ( )					
	嚥下障害	無 ・ 有 ( )					
	寝返り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助					
	起き上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助					
	座位の保持	可能 ・ 不可能					

管理能力	服薬	自立 ・ 一部（ 介助 ・ 指示 ） ・ 全部（ 介助 ・ 指示 ）が必要
	金銭	自立 ・ 一部（ 介助 ・ 指示 ） ・ 全部（ 介助 ・ 指示 ）が必要
精神状況	生活意欲	普通 ・ 低い
	認知症	<input type="checkbox"/> 認知症はなし <input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる。 症状（ ） <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状がみられ、介護を必要とする。 症状（ ） <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁にみられ、常に介護を必要としている。 症状（ ） <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動がみられ、専門医療を必要とする。 ※認知症がある方は以下の項目に該当する場合は○を付けてください。 <input type="checkbox"/> 物忘れがある <input type="checkbox"/> 目的もなく動き回る <input type="checkbox"/> 大声や奇声を発する <input type="checkbox"/> 物を集めてしまい込む <input type="checkbox"/> トイレ以外で排泄をすることがある <input type="checkbox"/> 食べられないものを口にしたり食べたりする <input type="checkbox"/> 実際にないものが見えたり、聞こえたりする <input type="checkbox"/> 夜間に起きて日中眠ることがある <input type="checkbox"/> 同じことを何度も訴える <input type="checkbox"/> 暴言や暴行がある <input type="checkbox"/> 感情が不安定になる <input type="checkbox"/> その他
	性格	親しみやすい ・ おだやか ・ おとなしい ・ 気難しい ・ わがまま ・ 短気 その他（ ）
生活歴	生まれ育った場所	
	職歴	
	結婚歴	未婚 ・ 既婚
ご本人様に関すること、ケアプランについてのご希望等があればご記入下さい。		