

当てはまる項目に○を付けて下さい。

1.食事の状況はどの様な感じですか？

主食(ご飯)について	①普通の米飯 ②軟飯 ③お粥 ④ミキサー食 ⑤流動食
おかずについて	①普通食 ②一口大 ③きざみ食 ④ミキサー食 ⑤流動食
カロリー制限はありますか？	①ある(一日 カロリー) ②ない
食べられないものやアレルギー等で禁止されている食べ物はありますか？	①ない ②ある(食べ物名 _____)
食事は自分で食べられますか？	①食べられる ②声掛けや促しが必要 ③一部介助が必要 ④全て介助が必要
飲み込みはどうですか？	①特に問題ない ②時折詰まらせる事がある ③よく詰まらせる
ムセる事はありますか？	①ない ②時折ムセる事がある ③よくムセる
ムセ防止の為にトロミは使用していますか？	①使用している ②使用していない
歯はどうですか？	①自分の歯 ②部分義歯(入歯) ③総義歯
食後の口のお手入れはどうしていますか？	①出来る ②準備をすれば出来る ③義歯を洗う等の介助が必要 ④全てにおいて介助が必要 ⑤手入れは特にしていない
朝食時に付く飲み物は左のうちどれが望ましいですか？	①牛乳 ②ヤクルト ③野菜ジュース ④お茶 ⑤何でもよい
上記以外に伝えておきたい事はありますか？(好き嫌い等)	

2.お身体の動きや状況についてはどうですか？

普段の移動はどのような形で 行っていますか？	①一人で歩く ②杖やシルバーカーを使用して歩く ③手すり等につかまって歩く ④介助者が手を引いて歩く ⑤車椅子を使用(A自分で操作する B介助者が押して移動)
最近、ふらつきや転倒はありましたか？ (複数回答可)	①ない ②時々ふらつきがある ③よくふらつく ④最近転倒した事があった ⑤再々転倒している
布団やベッドからの起き上がり はどうされていますか？	①自分でできる ②ベッド柵等につかまってしている ③介助があればできる ④できない
座っている事はできますか？	①できる ②何かにつかまっていればできる ③背もたれがあればできる ④できない
椅子やベッドから立ち上がる事は できますか？	①できる ②何かにつかまっていればできる ③介助があればできる ④できない
ベッドで横になっている際に 寝返りはできますか？	①できる ②何かにつかまればできる ③介助があればできる ④できない
上記以外に伝えておきたい事は ありますか？(注意点等あれば)	
麻痺はありますか？	①ない ②ある⇒上肢(右 左) ③下肢(右 左)
拘縮はありますか？	①ない ②右側にある(肩 肘 膝 足 手) ③左側にある(肩 肘 膝 足 手)

3.排泄(トイレ事情)についてはどうですか？

日中排泄はどのようにして 行っていますか？	①自分でトイレに行っている ②介助があればトイレで排泄できる ③自分で尿器等を使用している。 ④オムツを使用している
夜間排泄はどのようにして 行っていますか？	①自分でトイレに行っている ②介助があればトイレで排泄できる ③自分で尿器等を使用している。 ④オムツを使用している
尿意・便意はありますか？	①ある ②ある時とない時がある ③ない
尿失禁・便失禁はありますか？	①ある ②時々ある ③ない
普段トイレに行く回数は？	日中(回数) 夜間(回数)
排便はどのくらいの頻度ですか？	①毎日ある ②定期的にある(日に1回) ③不定期 ④中々ない ⑤分からない・把握していない
現在、下剤や浣腸を使用していますか？	①使用していない ②時々下剤を使用している。 ③毎日下剤を使用している。 ④浣腸を使用して排泄している
上記以外に伝えておきたい事は ありますか？(便秘症、下痢等)	

4.入浴の様子はどうですか？

普段はどこで入浴されていますか？	①家で一人で入っている ②訪問入浴 ③介護施設等
その際の入浴形態はどのようなものですか？	①一般的なお風呂 ②機械浴(寝て入浴するタイプ) ③デイサービス等の大浴場 ④中間浴(椅子に座って入浴するタイプ)
頭や身体はどの様に洗っていますか？	①自分で洗っている ②多少の介助が必要 ③全て介助が必要
衣服の脱ぎ着はどうですか？	①自分で脱ぎ着している ②多少の介助が必要 ③全て介助が必要
上記以外に伝えておきたい事はありますか？(長風呂、風呂嫌い等)	

5.コミュニケーションの様子はどうですか？

目はどのくらい見えますか？	①特に問題ない ②眼鏡を使用している ③見えにくい ④全く見えない
耳はどのくらい聞こえますか？またどの様にして会話していますか？	①特に問題ない ②補聴器を使用している ③大きな声なら聞こえる ④ほとんど聞こえない(筆談を用いている・手話を用いている・何もなし)
お話はできますか？	①特に問題ない ②言葉が出ない事が時々ある ③中々聞き取れない ④ゆっくりなら話せる ⑤話せない(筆談・手話・身振り手振り等)
上記以外に伝えておきたい事はありますか？	

6.夜間帯の睡眠の様子はどうですか？

夜間はよく眠られていますか？	①よく眠っている ②時々起きる ③昼夜逆転でほとんど寝ない
眠剤は使用していますか？	①使用していない ②必要時に使用している ③毎日使用している
上記以外に伝えておきたい事はありますか？(徘徊や独語等)	

7.現在の体調はどうですか？

現在行っている処置はありますか？	①ない ②ある(処置の種類等)
普段の平均的な体温・血圧・脈拍は？	①体温 ②血圧 / ③脈拍

8.今現在見られる周辺症状について当てはまるものを○で囲んで下さい(複数回答可)

①せん妄 ②被害妄想 ③幻覚・幻聴 ④徘徊 ⑤暴力行為 ⑥過食・異食行為 ⑦不潔行為 ⑧夜間徘徊 ⑨自傷行為 ⑩不穏状態(落ち着きがない) ⑪意欲低下 ⑫大声 ⑬老人性そう・うつ病 ⑭帰宅願望 ⑮介護抵抗	
上記に当てはまる周辺症状に対して何か受診し、処方・服薬をしていますか？	①ある(病院・薬名) ②ない

9.普段の1日の生活リズムについてお聞きします。

	0時	6時	12時	18時	21時
生活状況					

上の表の時間が合うところに1日の日課(起床・食事・排泄・日中の過ごし方・就寝等)を大体の分かる範囲で書き込んで下さい。

10.性格面や趣味嗜好について

性格はどのような特徴がありますか？若い頃の職業や趣味は何ですか？現在の趣味や生活の中で楽しみにしていることはありますか？	
--	--

コロナワクチンの接種日をご記入ください	1回目(/) 2回目(/) 3回目(/)
---------------------	----------------------------

インフルエンザ予防接種は受けていますか？	①受けている ②受けていない
----------------------	----------------

ご記入有難うございました。