

健康状態について

健康状態	現疾患			
	病歴（おおよその発症年月も記入）			
	かかりつけの医療機関	()	<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> 定期（週/月 回）
		()	<input type="checkbox"/> 往診	<input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> 定期（週/月 回）
		()		<input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> 定期（週/月 回）
	公害受診	無・有（ 病院）	通院頻度	<input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> 定期（週/月 回）
	麻痺	無・有（ ）	褥瘡	無・有（箇所 ）
拘縮	無・有（ ）	便秘	無・有（服薬：無・有 ）	
予防接種	未・済 肺炎球菌ワクチン	未・済 インフルエンザ		
	(接種 年 月 日)	(接種 年 月 日)		

日常生活動作調査 該当するものに○を記入下さい。

生活状況	移動	独歩・杖・歩行器・車椅子・シルバーカー		自立・見守り・一部介助・全介助
	動作	出来ることに○、一部介助△、全介助×をお付け下さい 寝返り・起き上がり・立ち上がり・移乗		身体拘束 無・有（ ）
	食事	＜主食＞普通・お粥・軟飯・トロ粥・ミキサー (箸・スプーン・自助具)		食事動作：自立・見守り・一部介助・全介助 食事場所：食堂・ベッド上・ベッドサイド
		＜副食＞普通・一口大・キザミ・ソフト食・ミキサー (アレルギー) なし・あり ()		＜水分＞普通・トロミ ＜エプロン＞必要・不要
	嚥下	問題なし・ややむせる・むせる	歯	自歯（上・下）義歯（上・下）部分義歯
	排泄	昼) トレ・ポ・ダブルトイレ・尿器 布パンツ・紙パンツ・オムツ・パット		自立・見守り・一部介助・全介助 尿意（有・無） 便意（有・無）
		夜) トレ・ポ・ダブルトイレ・尿器 布パンツ・紙パンツ・オムツ・パット		自立・見守り・一部介助・全介助 尿意（有・無） 便意（有・無）
	入浴	一般浴・介助浴・リフト浴・ストレッチャー		自立・見守り・一部介助・前介助
	口腔ケア	自立・声掛け必要・うがいはできる 一部介助・全介助		自歯（上・下）義歯（上・下）無し
	衣類の着脱	上衣（自立・一部介助・全介助） / 下（自立・一部介助・全介助）		
	睡眠	良眠・昼夜逆転・その他	眠剤	無・有（薬名 ）
身体状況	視力	普通・見えにくい・見えない	メガネ	普段から使用・必要時のみ・なし
	聴力	普通・聴こえにくい・聴こえない	補聴器	無・有（管理）自立・介助
	発語	普通・やや不自由・不自由	認知症	無・有（ ）・年齢相応
	精神状態	安定・不安定（ ）	行動障害	無・有（ ）
	理解力	普通・分かりにくい・分からない	会話	出来る・時々出来る・出来ない

(暮らしの様子)

出身地は？		兄弟・姉妹は？	
何歳からどんな仕事を？		結婚はいつごろ？ 子供は何人？	
豊岡や今の住所に移ったのはいつ？		仕事を辞めてからは どんなふうにごろし ていましたか？	
介護保険サービスを使うきっかけは？		入居を決めた動機 は？	
性格は？		趣味・関心・遊び は？	
好きな食べ物は？		苦手な食べ物は？	
牛乳は飲めますか？		会話の理解力は？	
意思やしたい事を伝えることができますか？		時間や場所はわかりますか？	
直前や最近のことを覚えていますか？		昔のことは覚えていますか？	
新聞や本を読めますか？		文章や言葉を書けますか？	
家事や手作業で出来ることはありますか？		好きなことでずっと 続けている事がありますか？	

下記のようなことはありますか？あてはまることがあれば状態をお書き下さい。

- 何度も同じ話をする
- 物やお金を盗られたなどの被害妄想がある
- 状況に合わない話をする（会話がかみ合わない）
- ないものが見えたり聞こえたりする
- 大きな声を出す
- 声掛けや介護を拒む
- 気分の落ち込みがある
- 歩き続けたり、外出すると戻れないことがある
- 一人では危険だが外にでようとする
- 色々なものを集める
- 弄便（便いじり）やトイレ以外の場所で排泄することがある
- 食べられないものを口に入れる
- その他、伝えておきたいことがありましたら下記にお書きください

記入日 年 月 日 記入いただいた方のお名前（ 続柄 ）