

事前調査表

年 月 日

社会福祉法人 康和会 介護老人保健施設 ろうけんくがやま

貴施設ご利用中の _____ 様の状態についてご記入よろしくお願い申し上げます。

《看護関連事項》

起き上がり	自立 ・ 見守り ・ 背中を支える ・ 全介助
寝返り	自立 ・ 一部介助 ・ 定時体交(体交枕: 有 ・ 無)
座位保持	自立 ・ 一部介助(椅子可) ・ 全介助(長時間不可・ 分位可)
移乗	自立 ・ 見守り ・ 立ち上がり介助(スポン上げ下げ、手を引く) ・ 方向転換 ・ 全介助 ハット介助バー: 有 ・ 無 移乗動作: 1人介助 ・ 複数介助
移動方法	独歩 ・ 杖歩行 ・ 歩行器(本人持ち ・ 施設用品) ・ 車椅子(本人持ち ・ 施設用品)
移動	自立(独歩 ・ 自走) ・ 見守り ・ 付き添い介助 ・ 全介助
入浴形態	一般浴 ・ シャワー浴 ・ リフト浴(座式) ・ 機械浴(ストレッチャー式)
浴室内移動	自立 ・ 手引き歩行 ・ シャワーチェア ・ リフト
洗身動作	自立 ・ 手の届く範囲で洗える ・ 洗い直し介助 ・ 全介助
口腔ケア動作	自立 ・ 声かけ ・ 義歯の出し入れ介助 ・ 歯ブラシ渡し ・ コップ渡し ・ 全介助 義歯洗浄介助 ・ 義歯夜間預かり ・ 食事時以外預かり
洗顔動作	自立 ・ 蒸しタオル渡し ・ 全介助
洗面場所	ベッド上 ・ 居室内洗面所 ・ 食堂洗面所(共同洗面所)
排泄場所	日中: トイレ ・ ホータブルトイレ ・ オムツ交換 ・ 尿器 ・ ハルーン 夜間: トイレ ・ ホータブルトイレ ・ オムツ交換 ・ 尿器 ・ ハルーン
排泄誘導	日中: 自立 ・ 定時 ・ 訴え時(尿意: 有 ・ 無 便意: 有 ・ 無 失禁: 有 ・ 無) 夜間: 自立 ・ 定時 ・ 訴え時(尿意: 有 ・ 無 便意: 有 ・ 無 失禁: 有 ・ 無)
排泄動作	自立 ・ 立位介助 ・ 方向転換介助 ・ スポン上げ下ろし介助 ・ 清拭介助 ・ 全介助
排泄回数	日中 _____ 回 夜間 _____ 回
使用下着	日中: 布 ・ リハビリパンツ ・ パット ・ オムツ 夜間: 布 ・ リハビリパンツ ・ パット ・ オムツ
更衣動作	自立 ・ 声掛け ・ 手渡し ・ 一部介助(上衣 ・ 下衣) ・ 全介助(上衣 ・ 下衣)
内服薬	
服薬動作	自立 ・ 服薬確認 ・ 介助
点眼薬	有() ・ 無
処置	有() ・ 無
難聴	有(右 ・ 左)(補聴器: 右 ・ 左) ・ 無
言語障害	有 ・ 無
意思疎通	可能 ・ やや困難 ・ 困難 言語障害: 無 ・ 有(呂律 ・ 失語)
抑制	無 ・ 有(つなぎ服 ・ 4点柵 ・ センサー ・ 安全ベルト ・ 胸抑制 ・ ベット出し ・ その他)
	幻覚 ・ 幻聴 ・ 独語 ・ 感情失禁 ・ 易怒 ・ 徘徊(日中・夜間) ・ 否定的発言 無気力 ・ 被害妄想 ・ 集中力欠落 ・ 不潔行為 ・ オムツ外し ・ 大声 不安や心配事の訴え ・ 質問や言葉の繰り返し ・ 暴言・暴力(内容:) 不穏(内容:) ・ 収集癖(内容:)

《栄養ケア関連事項》

身体状況	身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg
生化学検査	血清アルブミン _____ g/dl ・ 血糖値 _____ mg/dl ・ HbA _{1c} _____ % 測定日 年 月 日
食事摂取量	10～8割 ・ 7～5割 ・ 5割以下(特別対応している場合の内容: _____)
主食形態	ご飯 ・ パン ・ 麺 ・ 全粥(分粥) ・ ミキサー(粥のトロミ: 有 ・ 無)
副食形態	普通食 ・ 極刻み ・ 一口大刻み ・ ミキサー(料理のトロミ: 有 ・ 無)
療養食の指示	エネルギー _____ kcal ・ 蛋白質 _____ g ・ 塩分 _____ g ・ その他(_____)
咀嚼	良い ・ 普通 ・ 悪い
義歯の使用	無(自歯 ・ 歯肉のみ) ・ 有(総入れ歯 ・ 部分入れ歯(上/下))
義歯の調整	希望なし ・ 希望あり ・ 現在治療中
嚥下の状態	良い ・ 普通 ・ 悪い(お茶のトロミ: 必要 ・ 不要)
嚥下リハビリ	無 ・ 有(内容: _____)
食事行為	自立 ・ 声掛け ・ 一部介助 ・ 全介助(平均喫食時間 _____ 分)
必要な食器	エプロン ・ スプーン ・ フォーク ・ 箸 ・ 自助食器(スプーン ・ フォーク ・ 皿 ・ コップ)
食物アレルギー	無 ・ 有(_____)
嗜好	禁止: 牛乳 ・ ヨーグルト ・ 納豆 ・ グレープフルーツ ・ 他(_____) 好物: (_____)
食傾向	旺盛 ・ 普通 ・ 悪い ・ 早食い ・ 拒食傾向 ・ 過食傾向 ・ 遊び食い

《精神ケア関連事項》

あてはまる項目に○をつけてください。

- () 寸前のことを忘れてしまう。
- () 日常会話の理解ができない。
- () 自分の部屋・トイレの場所を間違える。
- () 落ち着き無く、施設内をウロウロする。
- () 暴言・暴力行為がある。
- () 介護拒否がある。《内容: _____ 》
- () 夜起きだしていることが多く、日中ウトウトしている。
- () 夜中に起き出して騒いだり、動きまわることがある。
- () オムツ外しやバルーンなどの自己抜去や放尿・放便がある。
- () 物を集めてしまいこんだり、しまい忘れて、なくなると騒ぐことがある。
- () 帰宅願望が強い。
- () 幻想・妄想がある。
- () むやみにナースコールを押すことがある。また、ナースコールの理解がない。
- () 気分にもらがある。
- () 不潔行為がある。
- () ベットをステーション前に対応している。
- () コールマット・センサーマットなどを使用している。
- () 車椅子の立ち上がりや転倒防止の安全ベルトを使用している。
- () ベット柵4点柵に対応している。(柵外し: 有・無)
- () 異食行為がある。(物: _____)
- () 転倒歴がある。(_____ 年 _____ 月 : 転倒の様子 _____)
- () つなぎ服を使用している。
- () 独語が聞かれる。(いつ頃 _____)
- () 否定的な発言が聞かれる。
- () 無気力さがある。
- () 大声を出すことがある。
- () 集中力がなくなってきた。