

ご家庭での様子を記入してください。

ご記入日： 月 日  
才 男/女

|   |                 |                   |                  |
|---|-----------------|-------------------|------------------|
| 利用者名前                                       | 生年月日            |                   |                  |
| 主訴・要望／                                      |                 |                   |                  |
| 現在の利用しているサービス                               |                 |                   |                  |
| 通所／   | 訪問介護／           |                   |                  |
| 訪問リハ／                                       | 訪問看護／           |                   |                  |
| かかりつけ医／                                     | 内服              | 内服動作／自立／服薬確認／服薬介助 |                  |
| 1、  | 有／無             | 介助方法／             |                  |
| 2、  | 有／無             | 点眼薬／有・無           |                  |
| 3、  | 有／無             | 内容・回数：            |                  |
| 最終受診：                                       | 受診病院(医院)：       |                   |                  |
| 受診内容：                                       |                 |                   |                  |
| 受診時に医師より注意事項、体調変化について制限がありましたらご記入ください。      |                 |                   |                  |
| 内容：   |                 |                   |                  |
| 糖尿病の方：前回入所時より血糖値の変動はありませんでしたか？ なし・あった       |                 |                   |                  |
| 最新の血糖値：                                     |                 |                   |                  |
| 1日の過ごし方                                     |                 |                   |                  |
| 起床：   | 朝食：             | 昼食：               | 夕食：              |
| 午前：   |                 | 午後：               |                  |
| 就寝：   |                 | 入浴：               |                  |
| 生活習慣／                                       | おおきく生活が変化された時期／ |                   |                  |
| 職歴／   |                 |                   |                  |
| 趣味／   |                 |                   |                  |
| 過去  | 現在              |                   |                  |
| 視力：   | 右：良好／低下         | 左：良好／低下           | 難聴： 有(右・左)／無     |
| 視野狭窄：                                       | 有(右・左)／無        | 眼鏡 有／無            | 補聴器：集音器 有(右・左)／無 |
| 白内障：  | 有(右・左)／無        | 術後：有(右・左)／無       | 緑内障：有(右・左)／無     |
| 意思疎通／可能・やや困難・困難(トイレ、居室がわからない) ナースコールの理解：有・無 |                 |                   |                  |
| 言語障害：有／無 (構音障害・失語症) 軽度・中等・重度                |                 |                   |                  |
| ADL状況                                       |                 |                   |                  |
| 麻痺／無・有(右・左 上肢・下肢・両方・以外 )                    |                 |                   |                  |
| 起き上がり／自立・見守り・背中を支える・全介助                     |                 |                   |                  |
| 寝返り／自立・定時交換(体位枕：有・無) 布団使用・ベッド使用(ベッド柵あり・なし)  |                 |                   |                  |
| 座位保持／自立・一部介助(椅子可)・全介助(座位保持時間 分位可)           |                 |                   |                  |
| 立ち上がり／自立・見守り・つかまり立ち・立ち上がり介助(ズボン引き上げ)・全介助    |                 |                   |                  |
| 移乗／自立・見守り・立ち上がり介助・方向転換介助・全介助 介助バー(有・無)      |                 |                   |                  |
| 移動方法／独歩・杖歩行・歩行器・車椅子 移動／自立・見守り・付き添い介助・全介助    |                 |                   |                  |
| 転倒の危険／あり・なし                                 |                 |                   |                  |
| 危険内容／                                       |                 |                   |                  |
| 対策／   |                 |                   |                  |
| 入浴形態／一般浴(手引き・シャワーチェアー)・シャワー浴・リフト浴(座式)・機械浴   |                 |                   |                  |
| 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・義歯出し入れ介助・義歯洗浄介助・準備介助自己洗浄・自己うがいのみ  |                 |                   |                  |
| 夜間義歯預かり・義歯食事時のみ装着                           |                 |                   |                  |

