

身体状況調査票

※□には☑(チェック)を、()、[]、{ }内には○を、()やその他はご記述戴けますようお願い申し上げます。

氏名	様 (男・女)	生年月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)
		自立度ランク	() - ()	介護度	要()		
身体機能	視力 右(良・可・不可) 左(良・可・不可) 聴力(良・可・不可) 補聴器(無・左・右)						
	意思疎通 (可・ある程度可能・困難)						
	麻痺 [無・有 [右(上肢・下肢)・左(上肢・下肢)]] リハビリ実施の有無 (無・有)						
	言語障害 [無・有 [やや不自由・困難・失語→コミュニケーション手段:()]]						
(起居動作)	①寝返り	全介助 <input type="checkbox"/>	一部介助(介助・誘導・見守り) <input type="checkbox"/>	自立 <input type="checkbox"/>	左の件で対応方法等特記事項がありましたらご記入下さい。		
	②起き上がり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	③座位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	④立ち上がり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	⑤立位保持	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	⑥移乗動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(移動動作)	⑦車椅子	全介助 <input type="checkbox"/>	一部介助(介助・誘導・見守り) <input type="checkbox"/>	自立 <input type="checkbox"/>			
	⑧歩行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[T字杖・四点杖・歩行器・平行棒内・その他()]		
(ADL能力)	⑨食事	全介助 <input type="checkbox"/>	一部介助(介助・誘導・見守り) <input type="checkbox"/>	自立 <input type="checkbox"/>			
	食事形態 主(米飯・粥) 副(常菜・一口大・キザミ・ミキサー)						
	制限食 (無・有 : カロリー制限 _____ kcal / 塩分 _____ g)						
	使用器具 [箸・スプーン・変形スプーン・その他()]						
むせこみ (無・ときどき有・頻繁に有) トロミ対応(無・有)							
入歯 (無・上歯・下歯・部分入歯)							
アレルギー [無・有()] 食べれない物()							
⑩整容・更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
⑪排泄動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
[布パンツ(昼・夜)・オムツ(昼・夜)・リハパン(昼・夜)・パット(昼・夜)]							
使用器具 [尿器(昼・夜)・トイレ(昼・夜)・バルーン・ストマ]							
尿意(無・有) 失禁(無・ときどき有・頻繁に有)							
便意(無・有) 便秘(無・有 () 日で(薬・浣腸・摘便))							
⑫入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
入浴方法 (一般浴・機械浴)							
所属機関		ご記入者		記入年月日		年 /	

※その他、看護介護上注意すべきこと等ございましたら、恐れいりますがお書きください。

ご協力ありがとうございました。介護老人保健施設 四季の里