

生活状況等調書

※この書類の作成に当たっては、担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）にご相談ください。

記入者氏名() 関係()

入居希望者の状況

身体の状況	食事	<input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助 [食事の種類 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー]																																	
	排泄	<input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助 [おむつの使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜間のみ]																																	
	入浴	<input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助 <input type="checkbox"/> 4 行っていない (清拭など)																																	
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助																																	
	移動	<input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助 [歩行 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ねたきり]																																	
	視力	<input type="checkbox"/> 1 普通 <input type="checkbox"/> 2 やや悪い <input type="checkbox"/> 3 人の動きがわかる程度																																	
	聴力	<input type="checkbox"/> 1 普通 <input type="checkbox"/> 2 やや悪い <input type="checkbox"/> 3 大声が聞き取れる [補聴器 <input type="checkbox"/> 使用あり]																																	
	言語	<input type="checkbox"/> 1 普通 <input type="checkbox"/> 2 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 3 聞き取れない																																	
精神の状況	<p>※ 次のような行動がある場合は、すべてにチェックを入れてください。(複数可) なお、症状については、過去6か月程度の状態を参考としてください。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 55%;">乱暴なふるまいを行う</td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>自分の体を傷つける</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>火の不始末がある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>徘徊し迷子になったことがある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>興奮したり騒いだりする</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>不潔な行為がある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>異食することがある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> </table>							1	乱暴なふるまいを行う	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	2	自分の体を傷つける	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	3	火の不始末がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	4	徘徊し迷子になったことがある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	5	興奮したり騒いだりする	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	6	不潔な行為がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	7	異食することがある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある
1	乱暴なふるまいを行う	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																
2	自分の体を傷つける	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																
3	火の不始末がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																
4	徘徊し迷子になったことがある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																
5	興奮したり騒いだりする	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																
6	不潔な行為がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																
7	異食することがある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																
疾病の状況	<p>※ 現在治療中の病気・今までかかった病気</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">病名</th> <th style="width: 20%;">発症年月日</th> <th style="width: 40%;">医療機関・主治医</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p> <input type="checkbox"/> ストーマのケア <input type="checkbox"/> 酸素吸入のケア <input type="checkbox"/> 気管切開のケア <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 胃ろう等による栄養管理 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 喀たん吸引 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> その他() </p> <p> ※「インスリン注射」を選択した場合 注射の回数 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 就寝前 ※「喀たん吸引」を選択した場合 吸引の頻度 <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜間 </p>							病名	発症年月日	医療機関・主治医																									
病名	発症年月日	医療機関・主治医																																	
家族状況	氏名		性別	年齢	続柄	同居 別居	就労・健康・障害など 別居の場合は住所																												
	主な 介護者		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別																													
	1		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別																													
	2		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別																													
	3		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別																													
担当ケアマネ ジャーの意見 *生活状況等、 特記すべき事項等																																			