

心身状況調査書

(練馬区介護老人保健施設共用)

利用者氏名	男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日	才											
介護認定	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
<p>日常生活動作(ADL)の状況 (該当するものに○ 特記があれば記入してください)</p> <p>移動 … 独歩 杖歩行 介助歩行 見守り歩行(近位・遠位) 歩行器使用 車椅子 特記</p> <p>車椅子 … 移乗(自立・見守り・口頭指示・要介助) 操作(自立・見守り・口頭指示・要介助) 特記</p> <p>麻痺 … 無・有(右 左 上肢 下肢) 拘縮 … 無 有(部位) 装具(無・有) 特記</p> <p>起立 … 自立 見守り 口頭指示 一部介助 全面介助</p> <p>立位 … 自立 見守り 口頭指示 一部介助 全面介助</p> <p>寝返り … 自立 一部介助 全面介助 体交(時間毎) エアマット(要・不要) 特記</p> <p>食事 … 自立 見守り 一部介助 全面介助 胃瘻 鼻腔 治療食(無・有 kcal) 主食(米飯・軟飯・粥・ミキサー・ペースト・他) 副食(常菜・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー・ペースト・他) 摂取量(主食 割 副食 割) 栄養補助剤(要・不要) ムセこみ(無・有) トロミ(要・不要) 禁食(無・有) 義歯(無・有) 特記</p> <p>排泄 … 尿意(無・有) 便意(無・有) トイレ(自立 誘導 介助) PTイレ(自立 介助) バルン ストマ オムツ使用(日中:テープ パンツ パット 夜間:テープ パンツ パット) 尿器(無 有) 便秘(無 有) 特記</p> <p>整容 … 自立 見守り 一部介助 全面介助</p> <p>更衣 … 自立 見守り 一部介助 全面介助</p> <p>入浴 … 一般 機械浴(チェア・ストレッチャー) 個浴 特記</p> <p>睡眠 … 良眠 不眠(眠剤 要・不要) 特記</p> <p>聴覚 … 無 軽度 中度 重度 補聴器使用(右・左・両側)</p> <p>視力障害 … 無 有(眼鏡 無 有) 特記</p> <p>言語障害 … 無 有 特記</p> <p>意思疎通 … 可 不可 ナースコールの認知(可・不可) 特記</p> <p>身体拘束 … 無 有(体幹・車椅子ベルト・4点柵・センサー) 特記</p>																		

記入日: 年 月 日

所属機関名:

記入者氏名:

(看護・介護・ケアマネ・家族・同居以外の家族・その他)

※裏面に精神状態に関する調査事項あり

心身状況調査書

(練馬区介護老人保健施設共用)

認知症高齢者の日常生活自立度(該当するものに○) 該当せず ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M	
《HDS-R 点 年 月 日》	検査している場合のみ記入
《MMSE 点 年 月 日》	検査している場合のみ記入
該当するもので、対応が必要な項目に☑してください。 ☑ の項目には()に頻度や程度を記入してください。	
<input type="checkbox"/> 目に見えないものがみえたり、聞こえたりする () <input type="checkbox"/> 想像や実際に起こってない事を、まるで事実であるかのように思い込んだり、話したりする () <input type="checkbox"/> 人物誤認がみられる () <input type="checkbox"/> うつ状態 () <input type="checkbox"/> 実際には異常がないが、度々痛みや体の不調を訴える () <input type="checkbox"/> ベッドに横になることを好み、動きたがらない () <input type="checkbox"/> 徘徊がみられる () <input type="checkbox"/> 大声や物音をたて続けることがある () <input type="checkbox"/> 独り言をいうことがある () <input type="checkbox"/> 乱暴な言葉をいうことがある () <input type="checkbox"/> 乱暴な行動をとることがある () <input type="checkbox"/> 介護や指示に抵抗を示すことがある () <input type="checkbox"/> 夜間睡眠がきちんととれない () <input type="checkbox"/> 特に夜間落ち着かなくなる () <input type="checkbox"/> 自分で自分を傷つけることがある () <input type="checkbox"/> 食べ物以外のものを食べてしまうことがある () <input type="checkbox"/> 色々なものを集めたり、無断で持ってくることもある () <input type="checkbox"/> ものを壊したり、衣類等を破いたりすることがある () <input type="checkbox"/> トイレ以外のところで尿や便をすることがある () <input type="checkbox"/> 性的な問題行動がある () <input type="checkbox"/> 急に泣き出したりなど、感情が不安定になることがある () <input type="checkbox"/> オムツに手を入れたり、はずしたりする () <input type="checkbox"/> 便をいじったり、尿に触れるなど不潔な行為がみられる () <input type="checkbox"/> 家に帰りたがり落ち着かなくなることもある () <input type="checkbox"/> もの忘れがある ()	
その他(特記事項)	