

＜ 心 身 状 況 調 査 票 ＞

介護老人保健施設 板橋ロイヤルケアセンター
通所リハビリテーション申込用

令和 年 月 日 ()

利用者氏名 _____ 様 (男 ・ 女) 記入者 _____ (続柄 ・ 職種)

□にチェックを、または()に記入をお願いします。

1. 食事	□自立	□見守り □一部介助 □全介助 □その他 (_____)			
	介助内容 (_____)				
	使用器具	□箸 □スプーン □フォーク □自助具 □他(_____)			
	食事形態	主食	□米飯 □軟飯 □全粥 □ミキサー □その他(_____)		
		副食	□常菜 □軟菜(一口大) □キザミ □ミキサー □その他(_____)		
		水分ロミ	□なし □あり		
	食事量	主食(_____)割摂取		副食(_____)割摂取	
	食事制限	□なし □あり	カロリー(_____)kcal	蛋白質(_____)g	
		(_____ 食)	塩分(_____)g	飲水制限(_____)cc	
禁食 アレルギー	□なし □あり	食品(_____) 理由(_____)			
義歯	□なし □あり (総義歯: 上・下 部分義歯: 上・下 自己管理・預かり)				
その他	□胃ろう(ボタン型・チューブ型) 食品名(_____ : _____ kcal/日)				

2. 排泄	□トイレ	□自立 □見守り □一部介助 □全介助 □その他(_____)			
	□ポータブルトイレ	□自立 □見守り □一部介助 □全介助 □その他(_____)			
	□オムツ使用	種類(リハビリパンツ ・ 尿とりパット ・ 紙オムツ ・ 布オムツ)			
	尿意	□なし □あり	□尿道カテーテル	尿失禁	□なし □あり
	便意	□なし □あり	□人工肛門	便失禁	□なし □あり

3. 基本動作	寝返り	□つかまらないでできる □何かにつかまればできる □できない		
	起き上がり	□つかまらないでできる □何かにつかまればできる □できない		
	座位保持(端座位)	□できる □自分の手で支えればできる □支えてもらえればできる □できない		
	立ち上がり	□支えなしでできる □何か支えがあればできる □できない		
	歩行	□つかまらないでできる □何かにつかまればできる □できない		
	歩行時補助具	□杖 □歩行器 □シルバーカー □手引き □その他(_____)		
	階段昇降	□できる □手すりや支えがあればできる □できない		
	麻痺	□なし □あり (部位 _____)		
	装具	□なし □あり (部位 _____)		
	車椅子	□不使用 □使用(自操 ・ 介助) □リクライニング		
	ベッド	□マット式ベッド □エア式ベッド □床対応		
	褥瘡(床ずれ)	□なし □あり (部位 _____ 状態 _____)		
	皮膚状態	□問題なし □問題あり (部位 _____ 状態 _____)		
	ナースコール理解	□あり □時々あり □なし		
	更衣	□自立 □一部介助 □全介助 (介助内容 _____)		
整容	□自立 □一部介助 □全介助 (介助内容 _____)			
口腔ケア	□自立 □一部介助 □全介助 (介助内容 _____)			

4. 入浴	場所	□自宅 □訪問入浴 □施設(通所含む) □病院		
	入浴方法	□一般浴 □座位浴 □臥床浴 □リフト浴 □シャワー浴		
	介助量	□介助されていない □見守り □一部介助 □全介助		

5. コミュニケーション	視力	□普通 □ほとんど見えない 見えているのか判断不能(両・右・左) □眼鏡使用		
	聴力	□普通 □ほとんど聞こえない 聞こえているのか判断不能(両・右・左) □補聴器使用		
	会話	□普通 □単純会話 □不可 □言語障害あり(構音障害・失語症・他 _____)		
	意思疎通	□伝達できる □時々伝達できる □ほとんど伝達できない □できない		

6. 身体拘束	□なし	□4点柵 □抑制着等 □四肢・体幹の拘束 □車椅子ベルト		
	理由(_____)			
センサー使用 □なし □あり (内容 _____)				

7. IADL (手段的日常生活動作)	買い物	□可 □不可 □おこなっていない	
	調理	□可 □不可 □おこなっていない	
	洗濯	□可 □不可 □おこなっていない	
	金銭管理	□可 □不可 □おこなっていない	
	服薬管理	□可 □不可 □おこなっていない	
	電話応対	□可 □不可 □おこなっていない	

8.医療行為	<input type="checkbox"/> 点滴 (内容)	<input type="checkbox"/> 注射 (内容)
	<input type="checkbox"/> 酸素吸入 ()	<input type="checkbox"/> 吸引 (頻度 回/日)

9.リハビリ	<input type="checkbox"/> 受けている(理学療法・作業療法・言語療法) (内容)	<input type="checkbox"/> 受けていない
--------	--	---------------------------------

10. 精神状態

1、	日常生活に支障をきたす程の物忘れがある	(いつも ・ 時々 ・ ない)
2、	『物を取られた』、『誰かが覗いている』などと言う	(いつも ・ 時々 ・ ない)
3、	実際に見えていないものが見えると言う	(いつも ・ 時々 ・ ない)
4、	家族、知人などの区別がつかない	(いつも ・ 時々 ・ ない)
5、	周りの事に無関心である	(いつも ・ 時々 ・ ない)
6、	同じ動作を繰り返す	(いつも ・ 時々 ・ ない)
7、	作り話をする	(いつも ・ 時々 ・ ない)
8、	独り言を言う	(いつも ・ 時々 ・ ない)
9、	大声を出すことがある	(いつも ・ 時々 ・ ない)
10、	ウロウロと徘徊(歩き回る)をする	(いつも ・ 時々 ・ ない)
11、	介護を拒否することがある	(いつも ・ 時々 ・ ない)
12、	自分のことを叩いたり、引っかけたりすることがある	(いつも ・ 時々 ・ ない)
13、	食べ物以外の物を食べる、又は食べようとしたことがある	(いつも ・ 時々 ・ ない)
14、	いたる所で尿や排便をする	(いつも ・ 時々 ・ ない)
15、	用も無いのに衣類を脱いで裸になることがある	(いつも ・ 時々 ・ ない)
16、	理由も無く怒ったり泣いたりする	(いつも ・ 時々 ・ ない)
17、	不潔な行為(便いじり、おむつ外し、等)をする	(いつも ・ 時々 ・ ない)
18、	暴力的な行為や暴言を吐くことがある	(いつも ・ 時々 ・ ない)
19、	他利用者の私物や施設の備品を収集することがある	(いつも ・ 時々 ・ ない)
20、	他利用者や職員へのセクハラ行為がある	(いつも ・ 時々 ・ ない)

※特記事項(いつも・時々チェックされた場合は詳細や対応方法について、またその他に症状がある場合も具体的に記入してください)

11.改定長谷川式簡易知能評価スケール、MMSE等の評価実施結果

/ 点 実施日(. .) 未実施 実施不可(理由)

12.生活歴(前職・性格・趣味・家族構成 等)	13.介護する時の注意事項
-------------------------	---------------

14.嗜好品 アルコール 種類 : 摂取量 : (1日当り) ※ご利用中は

たばこ 摂取量 : 本 (1日当り) 禁酒・禁煙です。

15.身長 cm 16.体重 kg