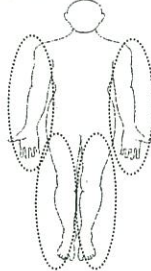




生活情報提供書

*現在の生活・心身状況を教えてください

記入日 年 月 日

ご利用者	氏名 <input type="checkbox"/> 男 様 <input type="checkbox"/> 女	介護度	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
ご記入者	氏名 <input type="checkbox"/> 家族(続柄) 様 <input type="checkbox"/> 病院・施設職員(職種) 病院・施設名:			
自立度	障害	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		身体状態
	認知症	<input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 長谷川式 [点/30点] 判定日: 年 月 日 MMSE [点/30点] 判定日: 年 月 日		身長: cm 体重: kg
基本動作	移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行[補助具: <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 手押し車 <input type="checkbox"/> 歩行器] <input type="checkbox"/> つたえ歩き <input type="checkbox"/> 車椅子 [<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助] <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子		麻痺 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 麻痺の状況の記入をお願いします  完全麻痺  不全麻痺  <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位) <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工骨頭置換 <input type="checkbox"/> 股関節(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 膝関節(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)
	立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助 * つかまり立ち: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助		
	座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 座り直し介助必要 <input type="checkbox"/> 安全ベルト使用 <input type="checkbox"/> できない		
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助		
	起き上り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助		
	転倒転落	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 頻回] 予防策:		
排泄	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 尿意の訴えあり <input type="checkbox"/> 定期的にトイレ誘導 (時間: 日中 時間おき / 夜間 時間おき)		
	排便	<input type="checkbox"/> 毎日あり <input type="checkbox"/> () 日ごとにあり <input type="checkbox"/> 下剤内服 [<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 便秘時] <input type="checkbox"/> 浣腸使用		
入浴	種類	<input type="checkbox"/> 一般浴槽 [浴槽内移動: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 手引き介助 <input type="checkbox"/> シャワーチェア] <input type="checkbox"/> 機械浴利用 [<input type="checkbox"/> チェア浴 <input type="checkbox"/> 寝浴] <input type="checkbox"/> シャワーのみ		
	洗体	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助		
更衣	上衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助		
	下衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助		
睡眠状況	睡眠	<input type="checkbox"/> よく寝ている <input type="checkbox"/> 時々不眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 睡眠薬を服用している [<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 不眠時]		
	寝具	<input type="checkbox"/> 畳(フロー)に布団 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 床ずれ予防マット使用 [種類:]		
	転落予防	<input type="checkbox"/> ベッド柵使用 (本) <input type="checkbox"/> ベッドセンサー使用 <input type="checkbox"/> その他 ()		
意思の疎通	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見え難い (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 全く見えない (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 眼鏡を使用		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえ難い (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 全く聞かない (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 補聴器を使用 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)		
	意思の表出	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 言語障害あり * コールの使用: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
	理解力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難		
心身の状態	気になる症状	<input type="checkbox"/> 無気力 <input type="checkbox"/> 感情の起伏が激しい <input type="checkbox"/> 夜間の興奮 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 帰宅願望が強い <input type="checkbox"/> 物忘れが多い <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不穏 [どんな時: 其の時の対応:]		

整 容	義 歯	<input type="checkbox"/> 義歯の使用なし [<input type="checkbox"/> 自分の歯 <input type="checkbox"/> 主に歯茎] <input type="checkbox"/> 義歯の使用あり [<input type="checkbox"/> 総義歯(□上 □下) <input type="checkbox"/> 部分義歯(□上 □下)] <input type="checkbox"/> 自己管理可 <input type="checkbox"/> 自己管理不可(対応:) * 義歯の洗浄: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	歯 磨 き	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助
	洗 面	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助
食 事	撮 取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助
	使用器具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> 特殊皿 <input type="checkbox"/> エプロン <input type="checkbox"/> その他()
食 事 内 容 に つ い て	嚥下状況	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり [対応策:]
	種 類	<input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 [品名: / 量: ml× 回 (Kcal)] <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> 糖尿食 <input type="checkbox"/> 心臓食 <input type="checkbox"/> 腎臓食 <input type="checkbox"/> 肝臓食 <input type="checkbox"/> 減塩食 <input type="checkbox"/> 潰瘍食 <input type="checkbox"/> その他()
	主 食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他()
	副 食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み [<input type="checkbox"/> 1cm角程度 <input type="checkbox"/> 3~5mm角程度] <input type="checkbox"/> ミキサー(ペースト) <input type="checkbox"/> その他()
	水 分	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> とろみを付ける * 1日の飲水量 (約) ml
	制 限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> エネルギー ()Kcal <input type="checkbox"/> 水分 ()ml <input type="checkbox"/> 塩分 ()g <input type="checkbox"/> その他 ()
	食 品 アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> 魚() <input type="checkbox"/> 肉() <input type="checkbox"/> その他()
	嗜 好 品	好きなもの [] 嫌いなもの [] 食べられないもの []
	補 助 食 品	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [品名: / 量:]
	食 事 量	<input type="checkbox"/> ほぼ全量 <input type="checkbox"/> 90%~80% <input type="checkbox"/> 70%~60% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 40%~30% <input type="checkbox"/> 20%以下
身 体 状 態	体 重	* 最近の体重変化 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [()kg <input type="checkbox"/> 減った <input type="checkbox"/> 増えた]
	気 になる 症 状	<input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> その他()
薬 ・ 処 置	内 服 薬 理	<input type="checkbox"/> 自分で内服薬の管理ができる <input type="checkbox"/> 内服薬は施設で管理が必要 <input type="checkbox"/> 自分で内服できる <input type="checkbox"/> 内服時、薬の手渡しが必要 <input type="checkbox"/> 全介助
	外 用 薬	<input type="checkbox"/> 点眼薬あり [自己管理: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可] <input type="checkbox"/> 貼り薬あり [自己管理: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可] <input type="checkbox"/> 軟膏塗布あり [自己管理: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可]
	処 置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [処置内容]
日常生活・看護・介護などで気をつけている事などあればお教えてください		