状 況 確 認 表(1)

※ 該当する項目を記入、☑ してください

ふりがな		性別	生年月日
入居者希望氏名		男・女	明・大・昭　年　月　日(　歳)

現在の生活場所	□ 自宅 (独居生活) □ 家族・新族の自宅 □ 施設・病院　病院・施設名 住所: 電話:
医療保険	□ 国民健康保険　□ 社会保険　□ 後期高齢者医療

現病名病歴	病　名	発病時期	病　名	発病時期

医療的処置の状況	□ 胃ろう (腸ろう) □ 吸引 □ 在宅酸素 □ 透析 □ インシュリン注射 □ 褥瘡(床ずれ) □ 尿道カテーテル □ 人工肛門 □ 鼻腔栄養 □ 中心静脈栄養 □ その他 (　)

身体状況	視力	□ 普 □ 弱 □ 全盲	聴力	□ 普通 □ 難聴	発語	□ 普通 □ 困難
	皮膚疾患	□ 有 (部位:　)				□ 無
	オムツ	□ 有 (□ リハビリパンツ □ パット □ オムツ)				□ 無
	麻痺	□ 有 (部位:　)				□ 無
	拘縮	□ 有 (部位:　)				□ 無
	むくみ	□ 有 (部位:　)				□ 無
日常生活	移動	□ 自立 □ 一部介助 □ 車椅子	排泄	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助		
	食事	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助	入浴	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助		
	着脱	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助	睡眠	□ 良眠 □ 不眠		

認知症状による不適応行動	□ 非常に多い □ やや多い □ 少しあり □ 無
認知症状	□ 被害妄想 □ 作話 □ 感情不安定 □ 昼夜逆転 □ 同じ話を繰り返す □ 大声 □ 介護抵抗 □ 徘徊 □ 収集癖 □ 物を壊す・衣類を破く □ 独り言 □ 幻聴 □ 幻覚 □ その他 (　)

その他、認知症状で注意すべき点

障害者手帳	□	無
	□	有 (身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳　級　種) (障害者名　)(取得日　年　月　日)