

本人の状況について(別紙1)

入所希望者氏名		認定期間: 平成・令和 年 ~ 令和 年
		要介護度:

1. 本人の状況について、お尋ねします。当てはまる番号を○で囲んでください。

視力	1 見える	2 見えない	3 見えているかわからない
聴力	1 聞こえる	2 聞こえない	3 大きな声なら聞こえる
会話	1 出来る	2 出来ない	3 つじつまが合わない
理解力	1 ある	2 ない	3 わからない・まだらである
立ち上がり	1 出来る	2 出来ない	3 何かにつかまれば出来る
寝返り	1 出来る	2 出来ない	3 何かにつかまれば出来る
歩行	1 出来る	2 出来ない	3 何かにつかまれば出来る
車イス	1 必要(座位可・座位不可リクライニング) 2. 不要		
	移乗(自立・一部介助・全介助) 操作(自立・一部介助・全介助)		
食事	1 自分で食べる	2 一部介助が必要	3 全介助が必要
	4 経管栄養(胃ろう)		
排泄	1 自分で出来る	2 一部介助が必要	3 オムツ使用
	常時オムツ・尿取りパット・はくオムツ・夜のみオムツ・ポータブルトイレ使用・尿瓶		
尿意・便意	1 ある(尿・便)	2 ない(尿・便)	3 時々ある(尿・便)
入浴	1 自分で出来る	2 介助が必要(歩行介助・チェア浴・寝台浴)	
身体マヒ	1 ある(右・左)(上肢・下肢)		2 ない
拘縮	1 ある 肘(右・左) 膝(右・左) 股関節(右・左) 2 ない		
行動障害	1 ある 徘徊・不潔行為・異食行為・ひどい物忘れ・() 2 ない		

2. 認知症および障害等(行動障害のある方は、状態を出来るだけ詳しくご記入下さい。)

3. 既往歴・現病歴

年 月	病名	薬剤
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		

4. 主治医、または入院先の病院・担当医名

病院名	電話	担当医	
-----	----	-----	--