





入所希望者（ご本人様）氏名

様

|                                      |   |  |   |  |                                |
|--------------------------------------|---|--|---|--|--------------------------------|
| 身体<br>の<br>状<br>況                    | 現病名<br>(現在治療中の病気)   |  |   |  |                                |
|                                      | 既往歴<br>(今までの病歴)   |  |   |  |                                |
|                                      | 意思の疎通   | <input type="checkbox"/> できる   | <input type="checkbox"/> できるときもある               |  |                                |
|                                      |   | <input type="checkbox"/> ほとんどできない  | <input type="checkbox"/> 全くできない                 |  |                                |
|                                      | 言語  | <input type="checkbox"/> 普通  | <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい                |  |                                |
|                                      |   | <input type="checkbox"/> 聞き取れない  | <input type="checkbox"/> 全く話せない                 |  |                                |
|                                      | 視力  | <input type="checkbox"/> 普通  | <input type="checkbox"/> やや悪い                   |  |                                |
|                                      |   | <input type="checkbox"/> 人や物の動きがわかる  | <input type="checkbox"/> 全く見えない                 |  |                                |
|                                      | 聴力  | <input type="checkbox"/> 普通  | <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞こえる             |  |                                |
|                                      |   | <input type="checkbox"/> 耳元で大声なら聞こえる   | <input type="checkbox"/> 全く聞こえない                |  |                                |
| 睡眠                                   | <input type="checkbox"/> 普通   | <input type="checkbox"/> 眠りが浅い   | <input type="checkbox"/> 不眠                     | <input type="checkbox"/> 睡眠薬を使用している    |                                |
| 皮膚の状態                                | <input type="checkbox"/> 異常なし   | <input type="checkbox"/> 床ずれがある(場所: )  | /状態: )  |  |                                |
|                                      | <input type="checkbox"/> かゆみがある(場所: )   | <input type="checkbox"/> できものがある(場所: )   |   |  |                                |
| 特別な医療                                | <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器<br><input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> モニター測定 <input type="checkbox"/> じょくそう<br><input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 特に無し |  |   |  |                                |
| 身体の障害                                | 無 ・ 有 (障害名: /部位: )<br>種 級 /取得年月日 年 月 日  |  |   |  |                                |
| 日<br>常<br>生<br>活<br>で<br>の<br>動<br>作 | 起き上がり   | <input type="checkbox"/> できる   | <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる            |  |                                |
|                                      | 寝返り動作   | <input type="checkbox"/> 一部介助が必要   | <input type="checkbox"/> 全てに介助が必要               |  |                                |
|                                      | 立位  | <input type="checkbox"/> 一人で立てる  | <input type="checkbox"/> 手すりにつかまればできる           |  |                                |
|                                      |   | <input type="checkbox"/> 介助があれば立てる   | <input type="checkbox"/> 立ってられない                |  |                                |
|                                      | 歩行・移動<br>(複数回答可)  | <input type="checkbox"/> 自分で歩ける  | <input type="checkbox"/> 杖、手すり、歩行-カ-を使用して一人で歩ける |  |                                |
|                                      |   | <input type="checkbox"/> 介助があれば歩ける   | <input type="checkbox"/> 歩けない                   | <input type="checkbox"/> 這って移動できる      |                                |
|                                      |   | <input type="checkbox"/> 車椅子を使用している( 自走ができる ・ 自走ができない )  |   |  |                                |
|                                      | 活動  | <input type="checkbox"/> 外出できる   | <input type="checkbox"/> 家の中なら歩く等の移動ができる        |  |                                |
|                                      |   | <input type="checkbox"/> 車椅子に座っていることが多い  | <input type="checkbox"/> 寝たきり ・ ほとんど寝たきり        |  |                                |
|                                      | 食事  | <input type="checkbox"/> 自分で食べられる  | <input type="checkbox"/> 声かけ、見守りをすれば食べられる       |  |                                |
|                                      |   | <input type="checkbox"/> 一部介助が必要   | <input type="checkbox"/> 全てに介助が必要               | <input type="checkbox"/> 口から食べることができない |                                |
|                                      | 飲み込みの状態   | <input type="checkbox"/> 良い  | <input type="checkbox"/> 普通                     | <input type="checkbox"/> 時々のだにつかえる     |                                |
|                                      |   | <input type="checkbox"/> 飲み込みが悪い(のどにつかえることが多い) <input type="checkbox"/> トロミを使っている                                    |   |  |                                |
|                                      | 食事の形態   | <input type="checkbox"/> 常食  | <input type="checkbox"/> おかゆ                    | <input type="checkbox"/> おかずは刻み        | <input type="checkbox"/> ミキサー食 |
|                                      | 食事の制限・アレルギー<br>(複数回答可)  | <input type="checkbox"/> 制限はない <input type="checkbox"/> カロリー、塩分などの制限がある <input type="checkbox"/> アレルギーがある<br>( ) ( ) |   |  |                                |
| 排泄<br>(複数回答可)                        | <input type="checkbox"/> 自分でできる   | <input type="checkbox"/> 一部介助すればできる  | <input type="checkbox"/> 後始末ができない               |  |                                |
|                                      | <input type="checkbox"/> 全てに介助が必要   | <input type="checkbox"/> トイレでの排泄はできない  |   |  |                                |
| パンツ・オムツ等                             | <input type="checkbox"/> 布パンツのみ   | <input type="checkbox"/> 布パンツにパット使用  | <input type="checkbox"/> リハビリパンツ                |  |                                |
|                                      | <input type="checkbox"/> リハビリパンツにパットを使用   | <input type="checkbox"/> オムツ( 常時   | ・ 夜間のみ )  |  |                                |
| 入浴                                   | <input type="checkbox"/> 湯船に入れる   | <input type="checkbox"/> シャワー浴(施設入浴)   | <input type="checkbox"/> 清拭のみ                   |  |                                |
| お風呂で身体や<br>頭を洗うこと                    | <input type="checkbox"/> 自分でできる   | <input type="checkbox"/> 見守りがあればできる  | <input type="checkbox"/> 一部介助が必要                |  |                                |
|                                      | <input type="checkbox"/> 全てに介助が必要   |  |   |  |                                |
| 歯磨き                                  | <input type="checkbox"/> 自分でできる   | <input type="checkbox"/> 見守りがあればできる  | <input type="checkbox"/> 一部介助が必要                |  |                                |
|                                      | <input type="checkbox"/> 一部介助が必要  | <input type="checkbox"/> 全てに介助が必要  |   |  |                                |
| 義歯                                   | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ( 全部 ・ 部分 ・ 有るが使用せず )   |  |   |  |                                |
| 衣服の着脱                                | <input type="checkbox"/> 自分でできる   | <input type="checkbox"/> 声かけ、見守りをすればできる  |   |  |                                |
|                                      | <input type="checkbox"/> 一部介助が必要  | <input type="checkbox"/> 全てに介助が必要  |   |  |                                |

※入所判定に不利になるものではございませんので、ありのままをご回答ください。

|   |    |   |      |   |     |   |
|---|----|---|------|---|-----|---|
| 自分でしまった物を、誰かに盗られたと言うようなことはありますか？                    | ない | ・ | 時々ある | ・ | ある（ | ） |
| 意味不明の言動がありますか？                                      | ない | ・ | 時々ある | ・ | ある（ | ） |
| 奇声を上げることがありますか？                                     | ない | ・ | 時々ある | ・ | ある（ | ） |
| 大便をいじったり、トイレ以外の場所で排泄をすることがありますか？                    | ない | ・ | 時々ある | ・ | ある（ | ） |
| 同じ事を何度も言うことがありますか？                                  | ない | ・ | 時々ある | ・ | ある（ | ） |
| 食べられないものを口にするようなことがありますか？                           | ない | ・ | 時々ある | ・ | ある（ | ） |
| 一人の時に誰かと話しているようなことがありますか？                           | ない | ・ | 時々ある | ・ | ある（ | ） |
| 昼間は寝ており、夜間不眠になることがありますか？                            | ない | ・ | 時々ある | ・ | ある（ | ） |
| 色々な物を集めたり、無断で持ってくるようなことがありますか？                      | ない | ・ | 時々ある | ・ | ある（ | ） |
| 世話(助言や介護)をされることを拒否(抵抗)するようなことがありますか？                | ない | ・ | 時々ある | ・ | ある（ | ） |
| 暴力をふるうようなことがありますか？<br>(例：殴る、噛み付く、引っかく、ける、つばを吐きかける等) | ない | ・ | 時々ある | ・ | ある（ | ） |
| 食事したことを忘れてしまうようなことがありますか？                           | ない | ・ | 時々ある | ・ | ある（ | ） |
| やたらに歩き回るようなことがありますか？（ 家の中 、 外 ）                     | ない | ・ | 時々ある | ・ | ある（ | ） |
| 見えないものを見えると言うようなことがありますか？                           | ない | ・ | 時々ある | ・ | ある（ | ） |

その他、申し出ておきたいことがございましたら自由にご記入下さい。

ご協力いただきありがとうございました。