

様 入所申込書・現況報告書

	入居希望者様のご様子	習慣や要望など
食 事	<p>■食事の時間 (朝： 昼： 夕：)</p> <p>■食事摂取 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助</p> <p>使用されている用具 ()</p> <p>■食事形態について</p> <p>・主食 <input type="checkbox"/>ごはん <input type="checkbox"/>軟飯 <input type="checkbox"/>おかゆ</p> <p>・おかず <input type="checkbox"/>常食 <input type="checkbox"/>一口大 <input type="checkbox"/>きざみ <input type="checkbox"/>ペースト</p> <p>■とろみ <input type="checkbox"/>有 () <input type="checkbox"/>無</p> <p>■好き嫌い ()</p> <p>■禁食・制限職 ()</p> <p>■義歯 <input type="checkbox"/>有 上 (部分・全部) 下 (部分・全部) <input type="checkbox"/>無</p>	
排 泄	<p>■排泄場所 (トイレ・Pトイレ・尿瓶・オムツ・バルーン・その他)</p> <p><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>見守り <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助</p> <p>■トイレの訴え (有・無・時々)</p> <p>■失禁 (有・無・時々)</p> <p>■排尿の回数 (日中： 夜間：)</p> <p>■排便状況 (毎日・2日に1回・3～4日に1回・その他)</p> <p>■交換の時間 ()</p> <p>■着用されている物</p> <p>日中 (布パンツ・リハビリパンツ・パット・オムツ)</p> <p>夜間 (布パンツ・リハビリパンツ・パット・オムツ)</p>	
入 浴	<p>■洗身・洗髪について</p> <p><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>見守り <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助</p> <p>■浴槽への出入り</p> <p><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>見守り <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助</p> <p>現在の入浴方法 ()</p>	
運 動 能 力	<p>■移動手段 (独歩・杖・歩行器・シルバーカー・車いす・その他)</p> <p><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>見守り <input type="checkbox"/>付き添い <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助</p> <p>■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</p> <p>■座位 (可・背もたれや支持物があれば可・不可)</p> <p>■立位 (可・背もたれや支持物があれば可・不可・その他)</p> <p>■寝返り(可・不可・その他)</p>	
睡 眠	<p>■良眠・不眠 (睡眠薬の服用 有・無)</p>	
整 容	<p>■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</p> <p>■洗顔・整髪 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>見守り <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助</p>	
着 替 え	<p>■衣類の準備 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>見守り <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助</p> <p>■着替え 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</p> <p>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</p>	

様 入所申込書・現況報告書

コ	■ナースコール <input type="checkbox"/> 使用可 <input type="checkbox"/> 使用不可		
ミ	■視力 <input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない (眼鏡：有・無)		
ユ	■聴力 <input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない (補聴器：有・無)		
ニ	■認知症 : 無 ・ 有		
ケ	認知症ありとお答えの方	可・場合による・不可・不明	
丨	意思の疎通ができますか	可・場合による・不可・不明	
シ	家族の顔を認識できますか	可・場合による・不可・不明	
ヨ	昨日のことを覚えていますか	可・場合による・不可・不明	
ン	■精神疾患 : 無 ・ 有 (具体的な病名、症状等)		
身 体 の 状 態	■麻痺 : 無 ・ 有 (左上肢・右上肢・左下肢・右下肢)		
	■筋力低下 : 無・有 (部位:)		
	■拘縮 : 無 ・ 有 (部位:)		
	■関節痛: 無 ・ 有 (部位:)		
	■身長 :	cm	■体重 : kg
	■褥瘡 : 無 ・ 有 (部位:)		
	■経管栄養 : 無 ・ 有		
	■カテーテル: 無 ・ 有		
	■在宅酸素療法 : 無 ・ 有		
	■平熱	°C	■ 平均血圧 / mg/dl
B P S D (認 知 症 に よ る 社 会 不 適 応 行 動)	BPSD	頻 度	備 考 (お困りになっていることを具体的にご記入ください)
	徘徊	なし ・ 月に1～2回 ・ 週に1～2回 ・ ほぼ毎日	
	外出して戻れない	なし ・ 月に1～2回 ・ 週に1～2回 ・ ほぼ毎日	
	被害妄想	なし ・ 月に1～2回 ・ 週に1～2回 ・ ほぼ毎日	
	大声・暴言	なし ・ 月に1～2回 ・ 週に1～2回 ・ ほぼ毎日	
	介護抵抗	なし ・ 月に1～2回 ・ 週に1～2回 ・ ほぼ毎日	
	収集行為	なし ・ 月に1～2回 ・ 週に1～2回 ・ ほぼ毎日	
	一人で出たがる	なし ・ 月に1～2回 ・ 週に1～2回 ・ ほぼ毎日	
	物や衣類を隠す	なし ・ 月に1～2回 ・ 週に1～2回 ・ ほぼ毎日	
	昼夜逆転	なし ・ 月に1～2回 ・ 週に1～2回 ・ ほぼ毎日	
	作話	なし ・ 月に1～2回 ・ 週に1～2回 ・ ほぼ毎日	
	感情が不安定	なし ・ 月に1～2回 ・ 週に1～2回 ・ ほぼ毎日	
	同じ話をする	なし ・ 月に1～2回 ・ 週に1～2回 ・ ほぼ毎日	
落ち着きがない	なし ・ 月に1～2回 ・ 週に1～2回 ・ ほぼ毎日		
ひどい物忘れ	なし ・ 月に1～2回 ・ 週に1～2回 ・ ほぼ毎日		
独り言-独り笑い	なし ・ 月に1～2回 ・ 週に1～2回 ・ ほぼ毎日		
趣味・好きな事		※ 相 談 員 記 入 欄 障害高齢者日常生活自立度：認知症高齢者日常生活自立度 : :	