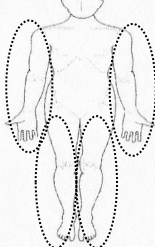


生活情報提供書

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

（裏面もあります）

整 容	義 歯	☐ 義歯の使用なし [☐ 自分の歯 ☐ 主に歯茎] ☐ 義歯の使用あり [☐ 総義歯(□上 □下) ☐ 部分義歯(□上 □下)] ☐ 自己管理可 ☐ 自己管理不可(対応:) * 義歯の洗浄: ☐ 可 ☐ 不可
	歯 磨 き	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助() ☐ 全介助
	洗 面	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助() ☐ 全介助
食 事	摂 取	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助() ☐ 全介助
	使用器具	☐ 箸 ☐ スプーン ☐ フォーク ☐ 自助具 ☐ 特殊皿 ☐ エプロン ☐ その他()
	嚥下状況	☐ 問題なし ☐ 問題あり [対応策:]
食 事 内 容 に つ い て	種 類	☐ 一般食 ☐ 経管栄養 [品名: / 量: ml× 回 (Kcal)] ☐ 治療食 ☐ 糖尿食 ☐ 心臓食 ☐ 腎臓食 ☐ 肝臓食 ☐ 減塩食 ☐ 潰瘍食 ☐ その他()
	主 食	☐ 米飯 ☐ おにぎり ☐ 全粥 ☐ その他()
	副 食	☐ 普通 ☐ 刻み [☐ 1cm角程度 ☐ 3～5mm角程度] ☐ ミキサー(ペースト) ☐ その他()
	水 分	☐ 普通 ☐ とろみを付ける * 1日の飲水量 (約) ml
	制 限	☐ なし ☐ あり ☐ エネルギー ()Kcal ☐ 水分 ()ml ☐ 塩分 ()g ☐ その他 ()
	食 アレルギ- 品	☐ なし ☐ あり ☐ 牛乳・乳製品 ☐ 卵 ☐ えび ☐ 魚 () ☐ 肉 () ☐ 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	☐ なし ☐ あり [品名: / 量:]
	食 事 量	☐ ほぼ全量 ☐ 90%～80% ☐ 70%～60% ☐ 50% ☐ 40%～30% ☐ 20%以下
	身 体 状 態	体 重
気 になる 症 状		☐ 食欲不振 ☐ 吐き気 ☐ 嘔吐 ☐ 口内炎 ☐ 下痢 ☐ 便秘 ☐ 浮腫 ☐ 発熱 (°C) ☐ その他 ()
薬・ 処 置	内 服 薬 理	☐ 自分で内服薬の管理ができる ☐ 内服薬は施設で管理が必要 ☐ 自分で内服できる ☐ 内服時、薬の手渡しが必要 ☐ 全介助
	外 用 薬	☐ 点眼薬あり [自己管理: ☐ 可 ☐ 不可] ☐ 貼り薬あり [自己管理: ☐ 可 ☐ 不可] ☐ 軟膏塗布あり [自己管理: ☐ 可 ☐ 不可]
	処 置	☐ なし ☐ 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		