

情報提供書

記入日 20 年 月 日

利用者	フリガナ 様 様 様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 障害自立度 J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 認知症自立度 無・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	介護度 要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2 HDS ()点
ご記入者	氏名 様	<input type="checkbox"/> 家族(続柄) <input type="checkbox"/> 病院・施設職員(職種)	施設名:
現在の生活心身状況を教えてください。該当するものに○か☑をしてください。			特記事項(自由記載)
基本動作	<input type="checkbox"/> 5. 立位可(つかまらず3分程度両足で立位保持ができる) <input type="checkbox"/> 4. 立位不可(立位の保持はできないが、車椅子・椅子への移動可) <input type="checkbox"/> 3. 座位可(移乗はできないが、端座位の保持はできる) <input type="checkbox"/> 2. 端座位の保持はできないが、寝返りはできる <input type="checkbox"/> 1. つかまる・つかまらないは関係なく、自分で寝返りを行っていない		センサー類の使用 有・無 () 安全ベルトの使用 有・無 () ミトンの使用 有・無 () 他()
移動	<input type="checkbox"/> 5. 公共機関を利用し外出する <input type="checkbox"/> 4. 外出はしないが、屋内階段5段程度の昇降は手すりを持たずにできる <input type="checkbox"/> 3. 屋内平面を手すりは持たないで杖・装具歩行ができる <input type="checkbox"/> 2. 車椅子・歩行器・手すり等の補助手段で平面移動ができる <input type="checkbox"/> 1. 自分で平面移動は行っていない		
移動手段	<input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> 歩行器(ウォーカー・シルバーカーなど) <input type="checkbox"/> しがみつき歩行器(サークル歩行) <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 <input type="checkbox"/> 装具(短下肢装具等) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 介助者や付き添い必要		
認知機能	<input type="checkbox"/> 5. 年月日が+-1日の差でわかる。日によって分かる <input type="checkbox"/> 4. 年月日は分からないが、現在の場所の種類が分かる <input type="checkbox"/> 3. 場所の種類は分からない、家族・職員・友人の選択肢で分かる <input type="checkbox"/> 2. 目の前の人には分からない。自分の名前は言える <input type="checkbox"/> 1. 自分の名前が分からない		
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 5. 時間を意識して管理が出来る <input type="checkbox"/> 4. 時間管理は出来ないが、簡単な計算が7割程度できる <input type="checkbox"/> 3. 計算は出来ないが、長期記憶で数十年前の結婚最終学歴等分かる <input type="checkbox"/> 2. 過去の自伝歴的な記憶の再生が正しく出来ない <input type="checkbox"/> 1. せん妄や重度の認知症		
周辺症状	<input type="checkbox"/> 世話を拒否する <input type="checkbox"/> 不適切に泣いたり笑ったりする <input type="checkbox"/> 興奮して、手・足を動かす <input type="checkbox"/> 理由なく声を上げる <input type="checkbox"/> 衣類や器具を破棄する <input type="checkbox"/> 食物などを投げる <input type="checkbox"/> 食べすぎる <input type="checkbox"/> タンスの中身を出したり引っかき回す <input type="checkbox"/> 日中屋外や屋内をうろつきまわる <input type="checkbox"/> ひるま寝てばかりいる <input type="checkbox"/> 同じことをなんども聞く <input type="checkbox"/> 不適切な場所での排尿		
嚥下機能	<input type="checkbox"/> 5. 硬いものも噛んで食べる。咀嚼に問題ない <input type="checkbox"/> 4. 軟らかいものを咀嚼。水分もむせなくストローが使用できる <input type="checkbox"/> 3. 軟らかい食べ物は飲み込みはできる <input type="checkbox"/> 2. 嚥下食なら溜めこまず飲み込みができる <input type="checkbox"/> 1. 普段から飲み込みはできない。胃瘻の使用		
食事動作	<input type="checkbox"/> 5. はしやスプーンなどを使いうまく食べる <input type="checkbox"/> 4. 食べこぼしがあるが、何とか自力で食べている <input type="checkbox"/> 3. 特別なセッティングが必要 <input type="checkbox"/> 2. 食べる動作に介助を行う <input type="checkbox"/> 1. 自分では食べれない		補助具 有・無 (自助食器・自助スプーン) 摂取量()
食事形態	主食 (米・軟飯・全かゆ・水切りかゆ・パン・パンがゆ) 副食 (普通・一口大・極小・ミキサー・ムース・ゼリー) 経管栄養:胃瘻内容() 補助食品() 水分(とろみあり 程度) 治療食() 身長() 体重() 測定日 年 月 日		アレルギー 有・無 偏食 有・無 胃瘻 種類と次回の交換予定 []

☆ 裏のページの記入もお願いいたします

利用者 氏名

様

現在の生活心身状況を教えてください。該当するものに○をしてください。		特記事項（自由記載）
排泄動作	<input type="checkbox"/> 5. あと始末も含めて自立 <input type="checkbox"/> 4. パンツ・ズボンの上げ下ろしは介助 <input type="checkbox"/> 3. トイレまでの移動は介助必要。トイレ内での移乗は自立。 <input type="checkbox"/> 2. トイレ移乗に介助を要する。移乗ができず、トイレを利用していない <input type="checkbox"/> 1. カテーテル留置。人工肛門。おむつ使用	ナースコール使用 可・不可
排泄の形態	尿意：有・無 便意：有・無 昼間：トイレ・ポータブルトイレ・おむつ・パット・紙パンツ・布パンツ 夜間：トイレ・ポータブルトイレ・おむつ・パット・紙パンツ・布パンツ 人工肛門 有・無 カテーテル 有・なし 膀胱留置カテーテル Fr 他カテーテル()	カテーテルの交換予定 () パウチの交換について 別紙で添付お願いします
入浴動作	<input type="checkbox"/> 5. 日頃(一般)の浴槽で自立 <input type="checkbox"/> 4. 一人でシャワー可能。洗淨入浴は介助必要 <input type="checkbox"/> 3. 座位保持は安定。見守り・指示・手を添えるの援助で入浴 <input type="checkbox"/> 2. 座位での入浴はできない。機械浴 <input type="checkbox"/> 1. 入浴できない	
整容	<input type="checkbox"/> 5. 普段から爪切りもできる <input type="checkbox"/> 4. 爪切りはできないが、髭剃り・スキンケア・くしで髪を整える事はできる <input type="checkbox"/> 3. 洗面台で、洗顔や、顔をふくことはできる <input type="checkbox"/> 2. 洗面器で手を洗うことはできる <input type="checkbox"/> 1. 手を洗うことも自分ではできない。整容全般に介助を要する	
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 5. 入れ歯の手入も含め自分でできる <input type="checkbox"/> 4. 歯磨きは自分でできるが入れ歯の手入はできない <input type="checkbox"/> 3. セットアップすれば、自分で歯磨きができる <input type="checkbox"/> 2. セットアップしても、自分で歯磨きができない。うがいはできる <input type="checkbox"/> 1. 口を漱ぐこともできず、口腔ケア全般に介助を要する	義歯 総義歯 上・下 部分 上・下 なし
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 5. 普段から衣服を畳んだり、整理することは自分で行っている <input type="checkbox"/> 4. 5は行っていないが、ズボンやパンツの着脱は自分で行っている <input type="checkbox"/> 3. ズボンやパンツの着脱は自分で行っていないが、更衣の際ボタンのかけはずしは時自分で行っている <input type="checkbox"/> 2. 3は行っていないが、上着の片袖を通すことは行っている <input type="checkbox"/> 1. 上着の片袖を通すことを自分で行っていない	
余暇	<input type="checkbox"/> 5. 施設や家を1日以上離れ、外出または旅行をしている <input type="checkbox"/> 4. 旅行はしていないが、個人による趣味活動はしている(盆栽など) <input type="checkbox"/> 3. 屋外で行うような個人的な趣味活動はしないが、屋内でする程度のこと <input type="checkbox"/> 2. 集団レクリエーションは参加していないが、一人でテレビを楽しんでいる <input type="checkbox"/> 1. テレビ・ラジオを聴いていない	
交流	<input type="checkbox"/> 5. 情報伝達手段(手紙を書く・電話をかける)を用いて交流を行っている <input type="checkbox"/> 4. 通信機器を用いて自ら連絡は取っていないが、援助で外出はしている <input type="checkbox"/> 3. 外出はしていないが、親族・友人の訪問を受け会話をしている <input type="checkbox"/> 2. 近所づきあいはしていないが、施設利用者家族と会話はしている <input type="checkbox"/> 1. 会話がなし・していない・できない	
(医療身体置含む)	アレルギー：有() 無 麻痺：有・無 部位：() 聴力： 補聴器 有(右・左) 無 視力： 眼鏡 有・無 過去6カ月以内の情報 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 褥瘡(場所と程度) 吸引 要・不要 最終吸引日 20 年 月 日 点眼処置：薬剤名・用法容量 () ガーゼ交換：部位処置内容 () 過去1年以内の経管栄養： 無・有(最終挿入日 20 年 月 日)	
利用上の問題点等		