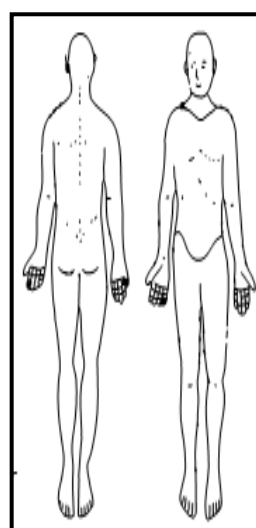


身体状況確認表

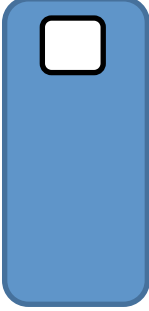

区分	項目	内容
食事	食事形態	主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 五分粥 <input type="checkbox"/> 3分粥 <input type="checkbox"/> ブレンダー <input type="checkbox"/> 重湯 副菜 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ブレンダー <input type="checkbox"/> トロミ (濃さ)
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養
	使用器具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> 滑り止めマット <input type="checkbox"/> その他()
	摂取量	<input type="checkbox"/> ほぼ全量 <input type="checkbox"/> 2/3程度 <input type="checkbox"/> 半分量 <input type="checkbox"/> 1/3程度 <input type="checkbox"/> それ以下
	嚥下状態	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> むせ込み有 <input type="checkbox"/> 水分むせ込み有
	口腔	残存歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (残歯 本程度) 義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 上下 <input type="checkbox"/> 上のみ <input type="checkbox"/> 下のみ)
	食事制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 肉 <input type="checkbox"/> 魚) <input type="checkbox"/> その他)
	嗜好	好きな物 () 嫌いなもの ()
	特記事項	身長 cm 体重 kg
排泄	尿	尿意 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		失禁 <日中> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <夜間> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		排泄方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTトイレ <input type="checkbox"/> オムツ交換 <input type="checkbox"/> パルン(<input type="checkbox"/> 布パン <input type="checkbox"/> リハビリパン <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> 尿取パット
		排泄行為 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 定時声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	便	便意 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		失禁 <日中> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <夜間> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		排泄方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTトイレ <input type="checkbox"/> オムツ交換 <input type="checkbox"/> ストマ(<input type="checkbox"/> 布パン <input type="checkbox"/> リハビリパン <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> 尿取パット
		排泄行為 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 定時声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		排便周期 () 日に1回
	緩下剤使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (日目で使用)	
立位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (把持物使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	
下衣上下	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
特記事項		
移動	移動行為	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他()
	装具使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	特記事項	<input type="checkbox"/> リハビリでのみ歩行練習
入浴	入浴行為	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 一般浴(歩行浴) <input type="checkbox"/> 個人浴(家庭浴) <input type="checkbox"/> 車いす浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャー浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴
	特記事項	

身体状況確認表

更衣 整容	口腔	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	
		義歯手入れ	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(自己管理 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)
		更衣(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	
		更衣(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	
		顔剃り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
		洗顔(顔拭き)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
		爪切り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
		特記事項					
睡眠	睡眠状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (理由)					
	薬剤使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤名)					
	夜間トイレ	<input type="checkbox"/> 行かない <input type="checkbox"/> 1~2回 <input type="checkbox"/> 3~4回 <input type="checkbox"/> 5回以上					
コミュニケーション	理解力	<input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> 理解できない					
	意思決定	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ときどきできる <input type="checkbox"/> できない					
	意思伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ときどきできる <input type="checkbox"/> できない					
	会話	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ときどきできる <input type="checkbox"/> できない					
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 年齢相応 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 実行機能障害 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認) BPSD (<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 夕方落ち着かない <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗) <input type="checkbox"/> その他()					
	特記事項	<input type="checkbox"/> 高次能機能障害 <input type="checkbox"/> 構音障害 MMSE 点					
区分	項目	内容					
感覚	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> あまり見えない <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> まったく見えない 眼鏡 (<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無)					
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> あまり聞こえない <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> まったく聞こえない 補聴器 (<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無)					
身体 状況	寝返り	把持物使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	起き上がり	把持物使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	座位保持	把持物使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	立位保持	把持物使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	移乗動作	把持物使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
	拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
	床ずれ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 既往有 <input type="checkbox"/> 有 ()					
	特記事項	<input type="checkbox"/> 体位変換必要 <input type="checkbox"/> 体圧分散マットレス使用 <input type="checkbox"/> エアマットレス使用					



身体状況確認表

生活環境	ベッド周囲	環境	【日中】 	【夜間】 
		※ベッド周囲の環境を記入してください(柵・トイレ・滑り止め・センサー等)		
	L字柵	使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		開閉	日中 (<input type="checkbox"/> 開 <input type="checkbox"/> 閉)	夜間 (<input type="checkbox"/> 開 <input type="checkbox"/> 閉)
	家屋	改修	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 予定	
	内容	<input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 段差解消 <input type="checkbox"/> 床または通路 <input type="checkbox"/> 扉 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> その他()		
	特記事項			
管理能力	服薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()		
	金銭	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()		
	性格	<input type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> 穏やか <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 気難しい <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> その他()		

記載日	平成 年 月 日	記載者(職種)	()
-----	----------	---------	-----

お忙しい中、ご協力ありがとうございました

身体状況確認表

身体状況確認表