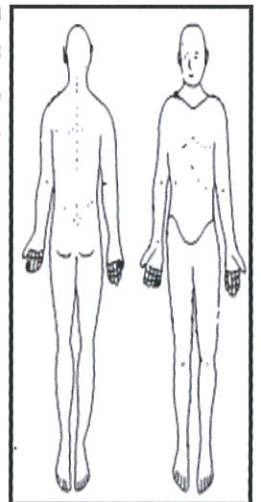


身体状況確認表



| 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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (日間) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (夜間) |
| | | 排泄方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ交換 <input type="checkbox"/> バルン(<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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (日間) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (夜間) |
| | | 排泄方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> P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 <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 | 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