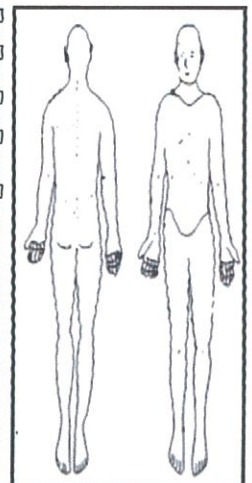


身体状況確認表



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	残存菌 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (残菌 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"/> 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 <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"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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"/> タ方落ち着かない <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 <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

興味・関心チェックシート

作成日： _____

氏名： _____ 様 性別： _____ 生年月日： _____ 年齢： _____ 歳 介護度 _____

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グランドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動（町内会・老人クラブ）				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他（ ）				その他（ ）			
その他（ ）				その他（ ）			

■社会参加の状況（過去実施していたものと現状について記載）	
家庭内の 役割の内容	
余暇活動 (内容および頻度)	
社会・地域活動 (内容および頻度)	
リハ終了後に行いたい 社会参加等の取組	