

利用者状況把握のための基本情報

面接日	平成 年 月 日
作成者	

※該当する所に○印をつけてください

ふりがな		性別		M T S	年齢
利用者氏名		男 女	生年月日	年 月 日	歳

要介護度	1	2	3	4	5	認知症自立度		寝たきり度	
------	---	---	---	---	---	--------	--	-------	--

現病歴・既往歴

発症年月	病名	医療機関	治療内容
・			
・			
・			
・			
・			
・			

服薬	自立	一部介助	《服薬内容》
	全介助		

※服薬している薬の記入の代わりに、薬の説明書を添付して頂いても構いません

直近の体調変化(不良など)についてご記入下さい	
-------------------------	--

身長	体重	褥瘡	部位	大きさ
cm	kg	有 無		

皮膚疾患	内 容
有 無	

アレルギー	内 容
有 無	

家族・親類

氏名	続柄	家族の思い	その他(本人の思い)

施設・病院利用の方は、利用時からの経過を記入。 在宅の方は入所希望に至るまでの経緯を記入。

その他、気になる事があれば自由に記入して下さい

※該当する所に○印か色をつけてください

食事摂取	自立	一部介助	主食	副食	食事形態				
	全介助	経管	割	割	主食		副食		
《補足情報》									
飲み込み	できる	できない	《補足情報》						
	むせることがある								
水分摂取	自立	一部介助	トロミ使用	必要	不要	《補足情報》			
	全介助		1日の平均水分摂取量			ml			
口腔ケア	自立	一部介助	歯について				《補足情報》		
	全介助		義歯上	義歯下	自分の歯	なし			
排泄	自立	一部介助	カテーテル		使用用具			下剤・坐薬	
	全介助		あり	なし	紙パンツ	紙おむつ	パット	布パンツ	あり なし
《補足情報》									
入浴	自立	一部介助	入浴種類			《補足情報》			
	全介助		一般浴	機械浴	ストレッチャー浴				
更衣	自立	一部介助	《補足情報》						
	全介助								
移動	自立	一部介助	使用用具			転倒・転落リスク		《補足情報》	
	全介助		杖	歩行器	車椅子	あり	なし		
移乗	自立	一部介助	転倒・転落リスク		《補足情報》				
	全介助		あり	なし					
座位	自立	一部介助	使用用具				《補足情報》		
	全介助		椅子	車椅子	ティルト	リクライニング			
運動等	麻痺		拘縮		寝返り			起き上がり	
	あり	なし	あり	なし	自立	一部介助	全介助	自立	一部介助 全介助
	立ち上がり			立位			《補足情報》		
	自立	一部介助	全介助	可能	支え必要	不可能			
意思疎通	視力			聴力			意思の伝達		
	普通	ぼんやり	ほとんど見えない	普通	やや大声	ほとんど聞こえない	補聴器	できる	ときどき できない
	言語障害		《補足情報》						
	あり	なし							
認知症	あり	認知症種類			長谷川式スケール		《補足情報》		
	なし				点				
BPSD	幻覚	幻聴	妄想	昼夜逆転	暴言	暴力	《補足情報》		
	性的問題	物や衣類を壊す	ひどい物忘れ	自分勝手な行動	徘徊				
	介護抵抗	不潔行為	異食行為	収集癖	帰宅願望				
その他自由記載									