

心身現況表

申請日	平成 年 月 日	被保険者番号	
ふりがな		要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
利用者氏名		認定期間	平成 年 月 日
			平成 年 月 日
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)		

<生活歴 ・ お困りごと ・ リハビリのご希望など ございましたらご記入下さい>

身 体	麻痺の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢				
	可動域制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節				
起 居 動 作	寝返り	できる ・ 一部介助 ・ 要介助 ・ 体位交換必要				
	起き上がり	できる ・ 一部介助 ・ 要介助				
	座位保持	できる ・ 支えがあればできる ・ できない				
	立位保持	支えなしでできる ・ 支えがあればできる ・ できない				
	立ち上がり	掴まらずにできる ・ 何かに掴まればできる ・ できない				
移 動 ・ 移 乗	歩行	できる ・ 見守り ・ 一部介助 ・ できない				
	使用器具	なし ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 手押し車 ・ 車椅子 <input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助				
	移動	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助				
	移乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助				
食 事	嚥下	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 出来ない	ムセ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	摂取量	割		
	主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥				
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> 極キザミ <input type="checkbox"/> ミキサ一食				
	トロミ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (水分のみ ・ 副食)				
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
	好きな食べ物			嫌いな食べ物		
	義歯	上: 自歯	部分入歯	総入歯	下: 自歯	部分入歯

排泄	日中	トイレ・ポータブルトイレ / リハビリパンツ・パット・オムツ				
	夜間	トイレ・ポータブルトイレ / リハビリパンツ・パット・オムツ				
	自立・見守り・一部介助・全介助					
	尿意	有・無・失敗あり		便意	有・無・失敗あり	
入浴・着脱・洗面	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助				
	上着衣	自立・見守り・一部介助・全介助				
	下着衣	自立・見守り・一部介助・全介助				
	洗面	自立・見守り・一部介助・全介助				
コミュニケーション	視力	日常生活に支障なし 目の前が見える ほとんど見えない 判断不可				
	聴力	日常生活に支障なし 普通の声はやっと聞こえる 大声が聞き取れる ほとんど聞こえない				
	会話	日常に支障なし 簡単な会話なら可 できない				
	認知症	なし・あり(軽度・中度・重度)				
精神行動障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 大声・奇声を出す <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 異食行為				
医療情報	特別な医療	<input type="checkbox"/> 透析(回/週) <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃管 経鼻) <input type="checkbox"/> 酸素療法				
		<input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> 床ずれ処置 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル				
		<input type="checkbox"/> インシュリン(/日) <input type="checkbox"/> 注射() <input type="checkbox"/> その他()				
	既往歴	年 月				
		年 月				
		年 月				
年 月						
主治医	医療機関名:		主治医名:			
	電話番号:					
他科受診	医療機関名:		主治医名:			

氏名記入者		電話番号	
事業所名			
住所			