

利用者状況調査票

フリガナ	性別	年齢
氏名	男 女	歳

年 月 日

記入者名： (職)

食事状況	食種：一般食(常・軟・分菜)・その他治療食()食 治療食…糖尿病食()Kcal・減塩食(心・腎・高血圧)・貧血食(Hb)
	形態：主食…ご飯・全粥・ミキサー粥 副食…形・一口大・きざみ・極刻み・ミキサー
	飲み込み：良好・困難 むせこみ：有・無・時々 トロミ使用：有・無
	摂取状況：主食()割 副食()割 義歯：有・無 服薬：自己管理・服薬介助

介護状況 (あてはまる箇所に○をつけてください)						特記事項
移動	自立歩行	杖歩行	歩行器	手引き歩行	車イス (自操介助)	車イス (所有レンタル)
立位	自立	声かけ見守り	何かにつかまれば出来る	介助が必要 (内容)	出来ない	座位 (保てる保てない)
食事	自立	見守り	声かけ	介助が必要 (内容)	全介助	その他、留意点など
排泄	日中	自立	トイレ誘導	オムツ交換	尿意：有・無 布パンツ・リハビリパンツ・パット・尿器・ポータブルトイレ	
	夜間	自立	トイレ誘導	オムツ交換	便意：有・無 布パンツ・リハビリパンツ・パット・尿器・ポータブルトイレ	
更衣	自立	見守り	セッティング 声かけ	介助が必要 (内容)	全介助	その他、留意点など
入浴	一般浴・機械浴・シャワー浴			拒否：有・無 (対応：) 入浴中の注意点()		
身体状況	体格(月 日測定) 身長：()cm 体重：()kg BMI()(増・減・維持) 麻痺：有・無(部位：) 拘縮：有・無(部位：) 褥瘡：有・無(部位： cm× cm) 処置内容() 皮膚疾患：有・無(部位：) その他、現在行っている処置：有・無(内容：) 抑制：有・無(部位：) 装具：有・無(部位：) 言語障害：有(構音障害・失語症)・無 視力障害：有・無・失明 眼鏡使用：有・無 聴力障害：有(右・左)・無 補聴器：有・無 睡眠状況：良眠・浅眠・昼夜逆転 平均睡眠時間()時間 睡眠薬：有・無 意思疎通：良好・その場合は可・簡単な指示に対しては理解あり・困難 ナースコールの理解：有・無					

* 御利用者様の状況についてお伺いします。

記入日： 年 月 日

記入者： (職)

1	認知症はありますか？	有(軽 ・ 中 ・ 高度 ・ 非常に高度) 歳相応 ・ 無 内容
2	暴言・暴力・介護抵抗はありますか？	有 ・ 無 内容
3	奇声・大声・独語はありますか？	有 ・ 無 内容
4	帰宅願望・徘徊・収集癖はありますか？	有 ・ 無 内容
5	不潔行為はありますか？	有 ・ 無 内容
6	幻視・幻聴・妄想はありますか？	有 ・ 無 内容
7	他者とのトラブルはありましたか？	有 ・ 無 内容
8	入院、入所中に転倒はありましたか？	有 ・ 無 内容
9	転倒リスクはありますか？	有 ・ 無 内容
10	やむを得ず抑制していることはありますか？	有 ・ 無 内容
11	転倒防止にセンサーを使用していますか？	有 ・ 無 内容
12	老健(入所)にて、認知症短期集中リハビリテーションを実施しましたか？	有 ・ 無 算定終了日 年 月 日
13	その他、特記すべき事はありますか？	有 ・ 無 内容

ご協力ありがとうございました。

老人保健施設 ビバ・フローラ