

身体状況 情報提供書

利用者氏名： 様 記入日：令和 年 月 日

項 目		状 態	
歩 行	<input type="checkbox"/> 自立	屋内 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(自操・介助・リクライニング)	
	<input type="checkbox"/> 見守り	屋外 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(自操・介助・リクライニング)	
	<input type="checkbox"/> 全介助		
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立	*尿意(有・無) *便意(有・無)	
	<input type="checkbox"/> 一部介助	日中(誘導・おむつ交換) 形態(布パンツ・紙パンツ・パット・おむつ)	
	<input type="checkbox"/> 全介助	夜間(誘導・おむつ交換) 形態(布パンツ・紙パンツ・パット・おむつ)	
食 事	<input type="checkbox"/> 自立	*主食(常食・粥食・ミキサー) *副食(常食・きざみ・軟きざ・超きざ・ミキサー)	
	<input type="checkbox"/> 一部介助	*ムセ(無・有) *アレルギー・禁止物(無・有)	
	<input type="checkbox"/> 全介助	*糖尿(無・有 kcal) *義歯(無・有/部分・上・下・総) *その他・療養食・胃ろう	
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 自宅入浴 <input type="checkbox"/> デイサービス入浴 <input type="checkbox"/> 訪問入浴	
	<input type="checkbox"/> 一部介助		
	<input type="checkbox"/> 全介助		
着 脱	<input type="checkbox"/> 自立		
	<input type="checkbox"/> 一部介助		
	<input type="checkbox"/> 全介助		
既 往 及 び 現 病	精神面		*認知症 無/有(軽度・中度・重度)
			*意思疎通(普通・少し困難・困難)
			*主な症状
			【在宅生活・家族の状況】
かかりつけ医 TEL		<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 結婚歴あり ☆キーパーソン <input type="checkbox"/> :男 <input type="checkbox"/> :女 =:夫婦 ■:死亡者	
感 染 症	なし・あり()		
皮 膚 疾 患・褥 瘡	なし・あり(臀部(発赤))		
麻 痺	なし・あり()		
特 記 事 項	*特別な医療処置等		

※ショートステイ利用の方は、ご自宅や他施設利用時の夜間の状況などわかる範囲でご記入願います