

年度 個人別状況票 [特養・SS・GH] [デイ・居宅・HH]

送迎距離 Km
平成 年 月 日現在

| | | | | |
|--------------|---|---|---|---|
| ふりがな 氏名 | 保険証番号 | <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 | 期間 | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 |
| 障害者手帳 障害名 | <input type="checkbox"/> 有 (種 級) | 県第 号 | 生年齢 才血液 型 | <input type="checkbox"/> 年金 () |
| 基本情報 | 住所 〒 | 氏名 () | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他 | TEL |
| 緊急連絡先 | 氏名 | 続柄 | 住所 | 電話 |
| ① | | | | |
| ② | | | | |
| ③ | | | | |
| 身体状況 | 体格 身長 (cm) 体重 (kg) | 移動 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> つかまり <input type="checkbox"/> 歩行器 | 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 便意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 尿意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 下剤 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 () | 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 主食 <input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 軟 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> 経管流動食 副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ムース |
| 日常生活動作の状況 | 視力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 眼鏡 (<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 随時) | トミ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 器具 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク 好物 () 嫌物 () | 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> チェア <input type="checkbox"/> 特浴 |
| | 聴力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 | 着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| | 言語 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少不自由 <input type="checkbox"/> 不自由 | | | |
| | 口腔 <input type="checkbox"/> 自歯 (<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 義歯 () 義歯の保管 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 | | | |
| | 褥瘡 浮腫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | | | |
| | おむつの使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ) <input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> 尿取り <input type="checkbox"/> 紙パンツ | | | |
| 精神状況 | 性格 <input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> こり性 <input type="checkbox"/> 自分のことを気にしやすい <input type="checkbox"/> 人にとけこめない <input type="checkbox"/> 好き嫌いが多い <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 融通がきかない | | | |
| | 対人 <input type="checkbox"/> 拒否的である <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 不明 () | | | |
| | 精神 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 精神障害あり ① <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度 () ② <input type="checkbox"/> 心気症状 ③ <input type="checkbox"/> 不安 ④ <input type="checkbox"/> 焦燥 ⑤ <input type="checkbox"/> 抑うつ状態 ⑥ <input type="checkbox"/> 興奮 ⑦ <input type="checkbox"/> 幻覚 ⑧ <input type="checkbox"/> 妄想 ⑨ <input type="checkbox"/> せん妄 ⑩ <input type="checkbox"/> 睡眠障害 ⑪ <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 特記事項 | <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ () <input type="checkbox"/> ベッド柵 (介助パー) | | | |

| | | | |
|-----------------|--|---------------|-------|
| 在宅サービス | 年 月 日 | 施設入所日 | 年 月 日 |
| 問題行動 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | |
| 既往歴 | 《内服》ない場合は、なしを記入 | | |
| 病名 | ※金属等の埋め込み <input type="checkbox"/> 有り () <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 主治医 | ① 病院 科 先生 TEL | ② 病院 科 先生 TEL | |
| 生活歴など | (出生地・最終学歴・婚姻歴・就労・趣味嗜好など) | | |
| 家族・親族構成、居室の状況など | | | |

(担当者:) (記録者:) 社会福祉法人 和光会