

心身等状況確認表

相談を受けた日／令和 年 月 日

申込者 _____

| | |
|-------|--|
| 担当者氏名 | |
|-------|--|

| | | | |
|-----|--|---|--|
| 本人 | 住所 | 電話 () - | |
| | 氏名 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S 年 月 日 (歳) | |
| 居 宅 | | 担当CM | |

| | | | | | | |
|----------|---|---|---------------------------------|---|--|------------------------------|
| 介護者の状況 | ※必要者のみ記入 | | | | | |
| | 介護者名 _____ 続柄 _____ 年齢 _____ 歳 | | | | | |
| | 同別居 | <input type="checkbox"/> 同居 | <input type="checkbox"/> 別居 | (連絡先 | TEL () | —) |
| | 健康状態 | <input type="checkbox"/> 良い | <input type="checkbox"/> 悪い | (病名 | | |
| | 就労状況 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | (<input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤) | | |
| サービス利用状況 | その他 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | | | | |
| | 介護保険サービス (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 通所介護 | | <input type="checkbox"/> 通所リハビリ | | <input type="checkbox"/> 訪問介護 | |
| | <input type="checkbox"/> 訪問看護 | | <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ | | <input type="checkbox"/> 訪問入浴 | |
| | <input type="checkbox"/> 短期入所生活 | | <input type="checkbox"/> 短入療養 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 福祉用具 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 | | | | | |
| 身体状況 | 麻痺 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | 上肢 (<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左) | 下肢 (<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左) | 状況 () |
| | 拘縮 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | 部位 () | | 状況 () |
| | 視力障害 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | | | 状況 () |
| | 聴力障害 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | 補聴器 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) | | 状況 () |
| | 言語障害 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | | | 状況 () |
| | 嚥下障害 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | 口腔状態 | <input type="checkbox"/> 良し <input type="checkbox"/> 悪い | 状況 () |
| | 特記 | () | | | | |
| | ADL | 移動 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 特記⇒ | | | | | | |
| 移乗 | | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | 状況 () |
| 排泄 | | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | 状況 () |
| 特記⇒ | | () | | | | |
| 入浴 | | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | 状況 () |
| 特記⇒ | | () | | | | |
| 着脱 | | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | 状況 () |
| 食事 | | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | 状況 () |
| 嗜好 | | <input type="checkbox"/> 酒 <input type="checkbox"/> たばこ | | | | |

| | | | | | |
|------------------|--|--|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| I A D L | 調理 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | 掃除 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | 買物 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | 洗濯 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | 金銭管理 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | 服薬管理 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 医療状況 | 既往歴 | 感染症 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 () | | | |
| | 現病歴 | | | | |
| | 主治医 | <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 () | | | |
| 認知症状 | 困っていること、目立つ行為 | | | | |
| 医療処置 | <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 吸痰 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 人口肛門 (ストーマ) <input type="checkbox"/> 膀胱留置 カテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 導尿 | | | | |
| 相談内容、家族状況 | | | | | |
| | | | | | |