

# 身体状況連絡票

認知症対応型共同生活介護 グループホーム「なでしこ」

入居申込用

主な病歴	現在の疾病							
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 動きがわかる <input type="checkbox"/> 見えない( )							
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 補聴器使用							
発語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 筆談							
歩行	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 1本杖	<input type="checkbox"/> 4点杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 老人カー <input type="checkbox"/> ストレッチャー	見守り	要・不要
移動	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
麻痺	有・無 <input type="checkbox"/> 上肢(右・左) <input type="checkbox"/> 下肢(右・左)							
拘縮	有・無 <input type="checkbox"/> 上肢(右・左) <input type="checkbox"/> 下肢(右・左)							
褥創	有・無 部位( ) <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> 無圧フトン							
皮膚疾患	有・無 部位( ) <input type="checkbox"/> 軟膏(有・無)							
食事	主食 副食 摂取 用具	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> おにぎり	<input type="checkbox"/> お粥	<input type="checkbox"/> ミキサー食			
		<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> キザミ	<input type="checkbox"/> 極キザミ	<input type="checkbox"/> ミキサー食			
		<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
		<input type="checkbox"/> 箸	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> その他				
口腔	<input type="checkbox"/> 全自歯 <input type="checkbox"/> 残根自歯 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 <input type="checkbox"/> 全入れ歯(上・下) <input type="checkbox"/> 顎							
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 便秘							
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴(自立・一部介助) <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭							
着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
床上動作	<input type="checkbox"/> 立位(可・要介助・不可) <input type="checkbox"/> 座位(可・要介助・不可) <input type="checkbox"/> 寝返り(可・要介助・不可)							
睡眠状態	<input type="checkbox"/> 良く眠れる(概ね 時 分頃～ 時 分頃) <input type="checkbox"/> 眠れない(眠剤使用 有・無) <input type="checkbox"/> 時々眠れない(週 日)							
洗面	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
嗜好品	<input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> その他( )							
投薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(1日 回 朝・昼・夕・就寝時 )							
趣味								
認知症	<input type="checkbox"/> 有(重度・中度・軽度) <input type="checkbox"/> 無							
問題行動	<input type="checkbox"/> 有(徘徊・暴言・暴力行為・失禁・異食・不穏行為・昼夜逆転・ ) <input type="checkbox"/> 無							
精神障害	<input type="checkbox"/> 有(妄想・幻覚・夜間せん妄) <input type="checkbox"/> 無							
性格	<input type="checkbox"/> 穏やか <input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 几帳面							
対人関係	<input type="checkbox"/> 拒否的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 人の輪に溶けにくい							
介護への抵抗	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無							
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ある程度 <input type="checkbox"/> 不可 認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 不可							
本人氏名			生年月日	M・T・S 年 月 日 ( 歳)				