

身体調査票

記入年月日：令和 年 月 日

利用者氏名： _____ 様

(記入者名： _____ 職種： _____)

*各項目について該当する内容を○で囲み、必要に応じて補足事項をご記入ください。
 利用中の医療機関・施設の看護・介護スタッフの方、また自宅におられる場合は、担当のケアマネジャーの方に記入を依頼して下さい。

*お手数ですが、薬剤情報やフェイスシート等も併せて添付いただければ幸いです。

| | | |
|----------------|--|---|
| 障害高齢者の日常生活自立度 | 自立 ・ J 1 ・ J 2 ・ A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2 | |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | 自立 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M | |
| 項 目 | 内 容 | |
| 主病名・主な病歴 | | |
| 申し込みに至った経過 | | |
| 医療状況 | 身長： cm 体重： kg | 胃ろう・経管栄養・吸引・酸素吸入・褥瘡・インシュリン注射・人工肛門 バルンカテーテル・その他 () |
| 食事 | 治療食 なし : あり (種類：) | 自立・見守り・一部介助・全介助 介助程度 () 形態(主)：米飯・軟飯・全粥・ () (副)：常菜・軟菜・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー () 制限：なし・カロリー・塩分・水分・その他 () 使用しているもの：箸・スプーン・フォーク・自具具・エプロン とろみ：なし・あり むせ込み：なし・あり 摂取量： () ~ () 割 アレルギー：なし・あり () |
| 口腔ケア | 口腔状況：自分の歯・残根のみ・歯茎 義歯の有無：なし・あり 義歯の取り外し：できる・できない 義歯の洗浄：できる・できない 歯磨き：自立・見守り・一部介助・全介助 介助程度 () うがい：できる・できない | |
| 入浴 | 洗身・洗髪：自立・見守り・一部介助・全介助 介助程度 () 形態：一般浴槽・機械浴槽・その他 () 浴槽の出入り：自立・見守り・一部介助・全介助 | |
| 更衣 | 自立・見守り・一部介助・全介助 介助程度 () | |
| 排泄 | 日間 | 頻度 (回) 自立・見守り・一部介助・全介助 介助程度 () トイレ・ポータブルトイレ・尿器・カテーテル 布パンツ・紙パンツ・オムツ・パット |
| | 夜間 | 頻度 (回) 自立・見守り・一部介助・全介助 介助程度 () トイレ・ポータブルトイレ・尿器・カテーテル 布パンツ・紙パンツ・オムツ・パット |
| | 尿意：あり・あいまい・なし 尿失禁：あり・ときどき・なし 便意：あり・あいまい・なし 便失禁：あり・ときどき・なし | |
| 移動 | 自立・見守り・一部介助・全介助 介助程度 () 歩行・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子・その他 () | |
| 移乗 | 自立・見守り・一部介助・全介助 介助程度 () | |

| | |
|------|----------------------------------|
| 起居動作 | 寝返り : 自立・見守り・一部介助・全介助 介助程度 () |
| | 起き上がり : 自立・見守り・一部介助・全介助 介助程度 () |
| | 座位保持 : 自立・見守り・一部介助・全介助 介助程度 () |
| | 立ち上がり : 自立・見守り・一部介助・全介助 介助程度 () |
| | 立位保持 : 自立・見守り・一部介助・全介助 介助程度 () |

| | |
|------------------|---|
| 視力 (眼鏡 : あり・なし) | 正常 (右・左) ・見えにくい (右・左) ・見えない (右・左) |
| 聴力 (補聴器 : あり・なし) | 正常 (右・左) ・聞こえにくい (右・左) ・聞こえない (右・左) |
| 言語 | 明瞭・やや聞きとりにくい・不明瞭・発語なし () |
| 意思の伝達 | できる・ときどきできる・ほとんど不可・できない |
| 会話 | 成立・不確実・成立しない () |
| 麻痺 | なし・左上肢・左下肢・右上肢・右下肢・その他 () |
| 拘縮 | なし・左上肢・左下肢・右上肢・右下肢・その他 () |
| 痛み | なし・あり (部位 :) |
| かゆみ | なし・あり (部位 :) |
| 寝具環境 | ベッド : 一般・電動・低床・床布団 マット : 一般・無圧マット・エアマット |
| 夜間の様子 | 睡眠時間 : () 時頃から () 時まで就寝 睡眠状況 : よく眠れる・眠れないことがある・眠れない () 睡眠薬等 : なし ・あり 薬剤名 : |
| 身体拘束・抑制について | なし・つなぎ服・ミトン・安全ベルト・4点柵・センサー その他 () (理由 :) |

*該当する症状に○をご記入ください。

| |
|--|
| 暴言 ・ 暴力行為 ・ 不潔行為 ・ 大声を出す ・ 独語 介助への拒否・抵抗 ・ 異食行動 昼夜逆転 ・ 帰宅願望 ・ 幻視・幻聴 ・ 性的行動 ・ 徘徊 ・ 作話 ・ 同じ話を繰り返す 感情が不安定になる ・ その他 () |
| ※上記の症状がある際は具体的に状況や頻度をご記入ください。 |
| ※その他 特記事項 ※夜間に対応が必要なことがあればご記入ください。 |