

# 生活状況調査票

(老人保健施設紹介用)

(地域医療連携室・担当看護師記入用)

介護老人保健施設 [ ] 紹介用

|      |          |
|------|----------|
| 記入日  | 令和 年 月 日 |
| 医療機関 |          |
| 氏名   |          |

|     |      |                      |    |     |
|-----|------|----------------------|----|-----|
| 利用者 | 氏名   |                      | 性別 | 男・女 |
|     | 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日生 ( 歳) |    |     |
|     | 住所   |                      |    |     |

|                |   |  |
|----------------|---|--|
| 主病名<br>(発症年月日) | ( 年 月 日)  | ( 年 月 日)                                       |
|                | ( 年 月 日)  | ( 年 月 日)                                       |
| 移動             | 補助具：なし・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子・リクライニング・その他 ( )<br>自立度：自立・見守り・一部介助・全介助・寝たきり   |  |
| 起居動作           | 寝返り：自立・見守り・一部介助・全介助<br>座位：自立・見守り・一部介助・全介助<br>移乗：自立・見守り・一部介助・全介助   | 起き上がり：自立・見守り・一部介助・全介助<br>立ち上がり：自立・見守り・一部介助・全介助 |
| 食事             | 形態：常食・常食外(主食： 副食： )<br>経管栄養：なし・あり【経鼻・胃瘻・その他 ( )】<br>自立度：自立・見守り・一部介助・全介助<br>むせ：なし・あり(水分・固形物・両方)                                |  |
| 排泄             | 義歯：なし・あり(上・下・総義歯)<br>水分とろみ：なし・あり  |  |
|                | 自立度：自立・見守り・一部介助・全介助<br>尿意：なし・あり<br>排便意：なし・あり<br>排泄方法：トイレ・ポータブルトイレ・尿器・布パンツ・リハパンツ・オムツ・パット・他 ( )<br>処置：なし・あり【バルン留置・ストーマ・その他 ( )】 |  |
| 入浴             | 入浴方法：大浴槽・個人浴槽・機械浴槽・シャワー・清拭<br>自立度：自立・見守り・一部介助・全介助   |  |
| 更衣             | 自立度：自立・見守り・一部介助・全介助   |  |
| コミュニケーション      | 方法：会話・筆談・手話・その他 ( )<br>視力：普通・目の前にある物が見える・ほとんど見えない・見えない<br>聴力：普通・普通の声がやっとな聞き取れる・大きな声なら何とか聞き取れる・聞こえない                           |  |
| 認知             | 認知症：なし・あり<br>意思疎通：普通・ほぼ普通・簡単な日常会話可・意思疎通困難<br>周辺症状：幻覚・妄想・昼夜逆転・異食・徘徊・暴言・暴力・介護抵抗・不安・焦燥・抑うつ<br>その他 ( )                            |  |
| 今後について         | 本人・家族希望：【在宅・老健・特養・その他 ( )】  |  |
| 施設申込           | なし・あり【他施設老健・特養・その他 ( )】   |  |
| 介護保険           | なし 申請中 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5  |  |
| 介護支援専門員        | 事業所   | 氏名   |

この生活状況調査票は当施設の利用目的以外では使用いたしません。