

介護老人保健施設 ケア新小岩 状況調査票

ご利用者様氏名 _____様

ご記入者様氏名 _____様

<家族（続柄 _____）・医師・看護師・介護職・ケアマネジャー・その他（ _____）>

移動について

- 独歩 一人で歩行できる
 歩行できるが、ふらつきがあるので見守りは必要
- 杖 杖を使って一人で歩行できる
 杖を使って歩行出来るが、見守りは必要
- 歩行器 歩行器を使って一人で歩行できる
 歩行器を使って歩行できるが、見守りは必要
- 老人車 老人車を使って一人で歩行できる
 老人車を使って歩行できるが、見守りは必要
- 車いす 使用する必要がない
 自分で乗り移りができ、動かすことができる
 乗り移りは出来るが、移動の為の操作は介助が必要である。
 乗り移りは介助する必要があるが、移動の為の操作は自分でできる
 乗り移り・操作ともに介助が必要である
- 移動状況 自立 見守り程度 軽介助 一部介助 全介助
- 移乗レベル 自立 見守り程度 軽介助 一部介助 全介助
- その他 ナースコールを使用できない センサーマット等を使用している
 ストッパーのかけ忘れがある
 車いすから立ち上がり、転倒・転落の危険がある
 ベルトが必要である リクライニング対応である

※その他にチェックがある場合はその状況の特記事項へ記入して下さい

立位 捉り立ち可 支えあれば可 一部介助可 不可

その他特記事項 _____

食事について

- すべて自分で食べられる
- 自分で食べられるが、かなり時間がかかる
- ある程度の介助を要する → 介助の程度・内容は ()
- 自分では全く食べられず、全介助を要する

摂取時間について (自立でも介助でも)

- 15分以内 15分～30分以内 30分～1時間以内 1時間以上

摂取量について

- 10割～8割程度 7割～5割程度 5割未満

※10割～8割程度の摂取がない場合はその理由_____

水分を摂取するとむせる

- いつも 時々 なし

義歯

- 無し 部分義歯 (上歯 下歯) 総義歯 あるが使用しない

飲み込み (食事形態) について

主食形態

- 常食 軟飯 全粥

おかず形態

- 常食 きざみ 一口大 極きざみ ペースト

カロリー制限

- なし あり (1日当り kcal)

塩分制限

- なし あり (1日当り g)

蛋白制限

- なし あり (1日当り g)

栄養補助食品

- なし あり (商品名)

毎日の食事

朝食 ____時__分 内容 () 昼食 ____時__分 内容 () 夕食 ____時__分 内容 ()

毎食食べていない場合は、その理由_____

好き嫌い ある ない

ある方は食べられないもの_____

食品のアレルギー

- ある ない

ある方はアレルギーのもの_____

間食

- 毎日 時々 なし

毎日・時々と答えた方

間食の時間____時頃 回数____回/日

内容 施設のおやつ その他_____

利き手

- 右利き 左利き

手の麻痺

- 右手 左手 ない

食事の時使用している物

- 箸 スプーン フォーク
- エプロン すべり止めマット その他 ()

咀嚼力 (噛む力)

- 良い 普通 悪い

嚥下力 (呑み込む力)

- 良い 普通 悪い

その他特記事項

口腔ケアについて

- 入れ歯の手入れ 本人 介護者
- 歯科治療の経験は ある ない
- 歯科治療の希望 ある ない

発語について

- 普通に発語可能（認知などのために会話のつじつまが合わなくても、発する言葉自体はしっかりしている）
- 舌のもつれなどのためにやや聞きづらいが通じないほどではない
- かなり聞きづらい
- 単語程度の発語しかない
- 言葉を発することはない

声の大きさ 小さい 普通 大きい

その他 特記事項

排泄について

- 自分でトイレまで行き、後始末もできる
- 自分でトイレまで行けるが、下着や便器などをよごしてしまう
- トイレまでの移動や排泄動作に一部介助を要する
- 全介助を要する
- ※介助が必要な場合、その介護状況をその他特記事項に記入して下さい

使用品について

- 日中： オムツ ポータブルトイレ パット リハビリパンツ 布下着
- 夜間： オムツ ポータブルトイレ パット リハビリパンツ 布下着

その他

- バルーンカテーテル ストーマ その他（ ）
- 尿意 あり 時々あり なし
- 便意 あり 時々あり なし

その他特記事項

着替えについて

- すべて自分で着替えられる
- ボタンのかけ外しなどの細かい動作はできない
- 袖をとおしたりなどの一部介助を要する
- ズボンの一部介助を要する
- 全介助を要する

その他特記事項

日常生活上の行動

- はい いいえ 自分の名前が分からない
 はい いいえ 家族・親しい友人のことが分からない
 はい いいえ 生年月日・年齢がわからない
 はい いいえ いま自分のいる場所（自宅・病院・施設）がわからない
 はい いいえ 何をしていたかその日のうちにわすれてしまう

以下に「はい」がある場合は具体的に特記事項へ書いてください。

- はい いいえ 同じ事を何度も繰り返す言う事がある
 はい いいえ 物を盗られたなど被害妄想的になることがある
 はい いいえ 作り話をすることがある
 はい いいえ 実際にないものが見えたり聞こえたりすることがある
 はい いいえ 夜間の不眠・昼夜の逆転がある
 はい いいえ 暴言や暴力がある
 はい いいえ 大声・奇声を発することがある
 はい いいえ 介護に抵抗することがある
 はい いいえ 目的もなく動き回ることがある（徘徊）
 はい いいえ いろいろな物を集めてしまいこんだりすることがある
 はい いいえ 火の不始末がある
 はい いいえ 不潔な行為をすることがある
 はい いいえ 食べられないものを口に入れる事がある
 はい いいえ 物や衣類を壊したり破いたりすることがある
 はい いいえ 認知力低下による立ち上がりや転倒、ベッドからの転落がある

その他 特記事項
