事前状況調査票

別紙様式2

お申込者の身体状況につきましてお聞きします。わかる範囲で構いませんのでご記入下さい。
ご記入いただく情報は、泉クラシックにおける介護サービスに関わる目的でのみ使用し、他の目的に使用することはございません。

記入日　令和　年　月　日

☆該当するところを〇で囲んで下さい

食事面	食事形態	食事	主食：普通食 ・ おかゆ ・ 流動食　副食：普通食 ・刻み食 ・超刻み食 ・流動食
		経管栄養	（ 鼻腔 ・ 胃ろう ）　1日　　カロリー
	嚥下状態		問題ない ・ むせ込むことが多い ・ 水分/汁物等にとろみをつけている
	介助の有無		自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
移動介助	歩　行		自立して歩ける ・ 手を貸せば歩ける（歩行器等の使用を含む） ・ 車椅子（ 介助 ・ 自操 ）
	転倒の危険性		ない ・ ときどき転倒することがある ・ 転倒することが頻繁にある
	ベッド⇔車椅子への移乗動作		自らできる（柵を使用すればできる） ・ 一部介助 ・ 全介助
排泄	排尿 ・ 排便		自立 ・ 誘導/見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
			オムツの使用の有無 （ 紙オムツ ・ 尿とりパット ・ リハビリパンツ ）
			導尿留置カテーテル（フォーレ） あり ・ なし　人工肛門（ストマ） あり ・ なし
医療面	痰がらみに伴う吸引の必要性		ない ・ ときどき吸引が必要 ・ 常時吸引が必要
	皮膚疾患の有無（床ずれ等）		ない ・ ある （大きさ・処置内容等　　）
	糖尿病の有無		ない ・ ある （インシュリンの使用 ない ・ ある → 単位数:　　単位）
	麻痺/拘縮等の有無		ない ・ ある （右麻痺（ 上肢 ・ 下肢 ）　左麻痺（ 上肢 ・ 下肢 ））
	病歴		疾患名・時期をわかる範囲でご記入ください　例 ： 脳梗塞　平成18年3月
			疾患名 / 時期（いつ頃） / 通院先・入院の有無（入院先）
			例） 脳梗塞 / 平成18年3月ころ / 〇〇病院
認知面	認知症の有無		ない ・ ある （物忘れ程度 ・ 話のつじつまがあわない ・ 意志疎通不可 ）
	それに関わる症状		・昼夜逆転　・暴力行為　・異食行為　・帰宅願望 ・徘徊　・その他 （　　）
			上記の症状は、デイサービスやショートステイ利用時にも見られていますか？
			ない ・ ときどきある ・ 頻繁にある

特別養護老人ホーム　泉クラシック