

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。わかる範囲でかまいませんのでご記入下さい。
ご記入いただく個人情報は、栗生ハウス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とはございません。

記入日 令和 年 月 日

☆該当するところを○で囲んで下さい

食事面	食事形態	主食 食事 普通食 ・ おかゆ ・ 流動食 経管栄養 (鼻腔 ・ 胃ろう) 1日	副食 普通食 ・ 刻み食 ・ 超刻み食 ・ 流動食 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 ・ 転倒することが頻繁にある ・ ときどき転倒した事がある	
	ベッド⇄車椅子への移乗動作	自らてできる(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)	
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	
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 ・徘徊 ・その他 ()	