

ご利用者様氏名

様

I 身体状況

- 視力 1 普通 2 やや不自由 (右 ・ 左)
 3 不自由 (右 ・ 左) 4 眼鏡 有 ・ 無
- 聴力 1 普通 2 やや不自由 (右 ・ 左)
 3 不自由 (右 ・ 左) 4 補聴器 有 ・ 無
- 言葉 1 普通に話せる 2 話しにくい
 3 人の話をよく理解できる
 4 通じにくい 5 すぐに忘れる
- 義歯 1 無 2 有 (部分 ・ 総)
- 麻痺 1 無 2 有 ()
- 床ずれ 1 無 2 有 ()
- 身体のかゆみ 無 ・ 有 ()
- 身長 (cm) 体重 (kg)

II 日常動作能力

- 食事 1 自分で食べられる
 2 一部の介助が必要
 3 全面的に介助が必要
 4 主食 ご飯 ・ お粥 ・ その他
 5 副食 普通のおかず
 刻んでいる
 ミキサー (だろだろ状)
 6 増粘剤の使用 無 ・ 有
 7 食事量 普通 ・ 少ない
 8 治療食 無 ・ 有 ()
 9 アレルギー 無 ・ 有 ()
 10 嫌いなもの 無 ・ 有 ()
 11 胃ろうより注入食
- 睡眠 1 起床 時 就眠 時
 2 昼間寝ていることが多い
 3 夜は眠れない
 4 睡眠薬の使用 無 ・ 有 ()
- 移動 1 ひとりで歩ける
 2 伝い歩き
 3 杖歩行
 4 歩行器等使用
 6 車椅子使用
- 階段 1 ひとりで昇り降りできる
 2 一部介助が必要 ()
 3 全面的に介助が必要

移乗 (車椅子 ⇄ ベッド間)

- 1 自分一人で出来る
 2 誰かの見守りが必要
 3 一部の介助が必要
 4 全面的に介助が必要

- 起き上がり 1 自分一人で出来る
 2 誰かの見守りが必要
 3 一部の介助が必要
 4 全面的に介助が必要

- 床からの立ち上がり 1 自分一人で出来る
 2 誰かの見守りが必要
 3 一部の介助が必要
 4 全面的に介助が必要

- 立位保持 1 自分一人で出来る (分)
 2 誰かの見守りが必要
 3 一部の介助が必要
 4 全面的に介助が必要

- 座る 1 長時間座れる
 2 時間ぐらいなら座れる

- 寝返り 1 自分でできる
 2 介助がいる

- 入浴 1 週 回入浴している
 2 ひとりで入浴できる
 3 一部介助が必要
 4 全面的に介助が必要

- 着替え 1 自分で出来る
 2 一部介助が必要
 3 全面的に介助が必要

- 服薬管理 1 自分一人で出来る
 2 誰かの管理が必要 (家族 ・ ヘルパー)

- 排泄 1 ひとりできる
 2 トイレに案内が必要
 3 一部介助が必要
 4 全面的に介助が必要
 ※いずれを使用されていますか？
 昼間 トイレ・ポータブルトイレ・尿器
 布パンツ・紙パンツ・オムツ・パット
 夜間 トイレ・ポータブルトイレ・尿器
 布パンツ・紙パンツ・オムツ・パット
- 5 よく便秘する いいえ ・ はい
 6 便秘は_____何日ぐらい続く
 7 便秘に対して薬を使っている
 いいえ ・ はい ()
 8 尿意 (有・無) 便意 (有・無)
 9 尿の回数 (頻回・普通・少ない)
 10 バルーン留置中

問題行動

- 1 すぐに興奮したり、落ち着かなくなる
 2 暴力・暴言など攻撃的行為がみられる
 3 屋内外をウロウロと動き回る
 4 食べ物以外のものを口に運ぶ
 5 服を破ったり、物を壊したりする
 6 幻聴、幻覚がある
 7 大声、独語がある
 8 気分が落ち込んだり、死にたいという
 9 収集癖がある
 10 介護に対する(拒薬、拒食等)拒否がある
 11 昼夜逆転がある
 12 家族の顔がわからない
 13 不潔行為がある
 14 感情失禁がある
 15 その他
 ()

ご記入はご家族様か担当ケアマネジャー様でご記入をお願いします。お申込みありがとうございました。

そのだ通所リハビリテーション