

身体・日常生活動作の状況

入所申込者氏名()

* 1: 認定調査票の写しを添付することが困難な場合は、本書に記入後、入所申込書に添付して下さい

* 2: 状況調査の各項目で、該当する箇所(□部分)を塗りつぶして下さい

身体機能・起居動作	1-1 麻痺の有無	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他
	1-2 拘縮の有無	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> その他
	1-3 寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
	1-4 起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
	1-5 座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自分の手で支えてできる <input type="checkbox"/> 支えてもらえばできる <input type="checkbox"/> できない
	1-6 両足での立位保持	<input type="checkbox"/> 支えなしでできる <input type="checkbox"/> 何か支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない
	1-7 歩行	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
	1-8 立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
	1-9 片足での立位	<input type="checkbox"/> 支えなしでできる <input type="checkbox"/> 何か支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない
	1-10 洗身	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない
	1-11 つめ切り	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	1-12 視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 1mで見える <input type="checkbox"/> 目の前で見える <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 不明
	1-13 聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やっと聴こえる <input type="checkbox"/> 大声で聴こえる <input type="checkbox"/> 聴こえない <input type="checkbox"/> 不明
生活機能	2-1 移乗	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	2-2 移動	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	2-3 えん下(飲込)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> できない
	2-4 食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	2-5 排尿	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	2-6 排便	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	2-7 口腔清潔	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	2-8 洗顔	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	2-9 整髪	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	2-10 上衣の着脱	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	2-11 ズボン等の着脱	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	2-12 外出頻度	<input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回未満
認知機能	3-1 意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ときどきできる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない
	3-2 毎日の日課を理解	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	3-3 生年月日や年齢を言う	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	3-4 短期記憶	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	3-5 自分の名前を言う	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	3-6 今の季節を理解する	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	3-7 場所の理解	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	3-8 徘徊	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
	3-9 外出すると戻れない	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある

精神・行動障害	4-1 物を盗られたと被害的	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
	4-2 作話	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
	4-3 喜怒哀楽の感情が不安定	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
	4-4 昼夜の逆転がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
	4-5 しつこく同じ話をする	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
	4-6 大声を出す	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
	4-7 介護に抵抗する	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
	4-8 家に帰る等と落ち着かない	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
	4-9 一人で出たがり目が離せない	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
	4-10 物を集めたり無断で持ってくる	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
	4-11 物を壊したり、衣類を破く	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
	4-12 ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
	4-13 独り言や独り笑いをする	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
	4-14 自分勝手に行動する	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
	4-15 話がまとまらず、会話にならない	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
社会生活への適応	5-1 薬の内服	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	5-2 金銭の管理	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	5-3 日常の意思決定	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 概ねできる <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない
	5-4 集団への不適応	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
	5-5 買い物	<input type="checkbox"/> できる(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	5-6 簡単な調理	<input type="checkbox"/> できる(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
医療処置	処置内容(過去14日間)	1. 点滴の管理 2. 中心静脈栄養 3. 透析 4. 人工肛門の処置 5. 酸素療法 6. 人工呼吸器 7. 気管切開の処置 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養
	特別な対応(過去14日間)	10. モニター測定(血圧・心拍・酸素飽和度等) 11. じょく創の管理 12. カテーテル(コンドームカテーテル、留置コントロール、ウロストマ等)
特記事項	*その他、身体状況で何かございましたらご記入ください	
サービス利用状況	介護保険で利用されているサービスの頻度や目的など、分かる範囲でお書き下さい	
	ホームヘルパー	
	訪問入浴介護	
	訪問看護	
	訪問リハビリ	
	デイサービス(デイケア)	
	短期入所(ショートステイ)	
	福祉用具貸与	
福祉用具販売		