

本人の状況について

| | | | | | | | | |
|--------|--|---|---|-----|--|---|----|----|
| 生活歴 | 出生地及び転居歴 | 期間 | 住所（市町村まで） | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | 特記 | | | | | | | |
| 性格 | <input type="checkbox"/> 静かなほうが好き <input type="checkbox"/> 賑やかなほうが好き <input type="checkbox"/> どちらでも良い <input type="checkbox"/> 気が短い <input type="checkbox"/> 気が長い <input type="checkbox"/> 普通 | | | | | | | |
| | | | | 協調性 | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない | | | |
| 趣味など | 趣味・特技 | | 嗜好品 | | | | | |
| | 食事 | 好きなもの | 嫌いなもの | | | | | |
| | | 禁止の食べ物 | アレルギー | | | | | |
| | 喫煙 | | <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う（1日 本） | | 飲酒 | <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む | | |
| 日常生活動作 | 移動 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | 形態 | <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす | | | |
| | 食事 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | 備考 | | | | |
| | 入浴 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | 形態 | <input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> 座浴 <input type="checkbox"/> 特浴 | | | |
| | 排泄 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | 形態 | <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ | | | |
| | 着脱衣 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | 備考 | | | | |
| 身体状況 | 視力 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない | | | 身長 | cm | 体重 | kg |
| | 聴力 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない | | | 発語 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由 | | |
| | 理解力 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 分かりにくい <input type="checkbox"/> 分からない | | | 精神面 | <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定（ ） | | |
| | 認知症 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ・Ⅵ） | | | | | | |
| | 行動・心理症状 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（暴言・暴行・不潔行為・一人で出たがる・一人で戻れない・常時の徘徊 介護抵抗・異食行為・昼夜逆転・火の不始末・物を壊す・その他 | | | | | | |

健康状態について

| | | | | | |
|-------|---|--|-----------|---|--|
| 現疾患 | | | | | |
| | | | | | |
| | かかりつけ医： | | | | |
| | | | | | |
| 病歴 | | | | | |
| | | | | | |
| 医療的処置 | <input type="checkbox"/> 無 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 有 点滴の管理 ・ 中心静脈栄養 ・ 透析 ・ ストマ ・ 酸素療法 ・ インシュリン注射 常時吸引（昼 回 / 夜 回） ・ レスピレーター（人口呼吸器） ・ 褥瘡の処置 気管切開 ・ 疼痛管理 ・ バルーンカテーテル留置 ・ 経管栄養（ ） モニター測定（血圧・心拍・酸素飽和度等） ・ その他（ ） | | | | |
| 内服薬 | お薬手帳等 コピーのご提出でも可 | | | | |
| 感染症 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） | | 薬剤等のアレルギー | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） | |
| 皮膚刺激 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱い（ ） | | 麻痺 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） | |
| 便秘 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（服薬： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有） | | 拘縮 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） | |
| 睡眠 | <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良（服薬： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有） | | 褥瘡 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） | |
| 嚥下 | <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> つまる | | 湿疹 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） | |
| 入れ歯 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 部分） | | 口腔保清 | <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要（ ） | |