施設利用申込者の状態

記入年月日　　　　年　　月　　日

※以下、当てはまる項目の□に印をお願いします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用申込者  氏名 | | | 様 | | | 記入者 |  |
| 日常の生活動作 | 移動 | | 歩ける | 独歩　　杖　　老人車　　歩行器　　車椅子  ➡歩行時　独歩　見守りが必要　付き添い介助が必要 | | | |
| 歩けない | 車椅子　寝たきり  ➡何かにつかまって立つことができる　３秒以上立てる　できない | | | |
| 食事 | | 箸やスプーンを持ち、自分で食べられる。  自分で食べられるが、側で見守りが必要  自分で食べられるが、食器を渡したり、さらえたり等の介助が必要  自分で食べられる時と介助が必要な時がある  自分で食べられないので、すべて介助が必要 | | | | |
|  | 主食 | 普通のご飯　　　おにぎり　　お粥　　ミキサー食　　ゼリー　　 エンシュア等 経管栄養　（胃ろう　・　鼻柱　・　その他　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 副食 | 普通のおかず　　柔らかいおかず　　刻んだおかず　　ミキサー　　 ゼリー | | | | |
| 入浴 | | 家のお風呂  施設のお風呂  ➡　一般浴　中間浴（座った状態）　特浴（寝た状態）わからない | | | | |
| 排泄 | | トイレ  ポータブルトイレ | | 自分でできる  自分でできるが、声かけ等の見守りが必要  ズボンの上げ下げ、後始末等の一部介助が必要 | | |
| オムツ　➡　テープ止めオムツ　　紙パンツ　　パット | | | | |
| その他　➡　尿道カテーテル　　　ストマ | | | | |
| 身体等の状況 | 視力 | | （年齢相応に）見える　　近づくと見える　　ぼんやり見える　見える範囲が狭い　　見えない　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 聴力 | | （年齢相応に）聞こえる　 　　大きめの声で話すと聞こえる  大きな声でも聞こえにくい　 聞こえない　 　その他( ) | | | | |
| 意思疎通 | | (年齢相応に)できる　　概ねできる　　できる時とできない時がある  簡単なことはできる　　　ほとんどできない　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 部屋環境 | | 床にベッド　　畳にベッド　　畳に布団　　その他（　　　　　　　　　　　　　　 　　　　） | | | | |
| 困り事 | | 感情が不安定  　 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  家の中や外を歩く  　 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  介護に抵抗がある  ( 　)  その他  ( ) | | | | |
| その他 | | 床ずれ（褥瘡）がある  在宅酸素をしている（酸素量　 　L） | | | | |