

実態調査表

(調査日 令和 年 月 日)

様式 3

氏名				性別	☐ 男	☐ 女
生年月日	☐ 明・ ☐ 大・ ☐ 昭	年	月	日	歳	
住所	〒					
現施設入所時期	施設名			入所時期		
キーパーソン	☐ キーパーソン(続柄:)			連絡先:		
要介護度	☐ 要介護1・ ☐ 要介護2・ ☐ 要介護3・ ☐ 要介護4・ ☐ 要介護5					
認定期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日					
生活保護受給	☐ あり ☐ なし ☐ 現在申請中 申請時期() ☐ 今後申請予定					
身体障害者手帳	☐ あり ☐ なし 障害等級 級 障害名					
精神障害者手帳	☐ あり ☐ なし 障害等級 級 障害名					
身 体 状 況						
視力	☐ 普通 ☐ 目の前は見える ☐ ほとんど見えない ☐ 見えているのか判断不能					
眼鏡	☐ あり ☐ なし					
聴力	☐ 普通 ☐ 大声なら聞こえる ☐ ほとんど聞こえない ☐ 聞こえているのか判断不能					
補聴器	☐ あり (両耳 右耳 左耳) ☐ なし 装着(自己装着 介助)					
意思の伝達	本人から	☐ できる ☐ 時々できる ☐ できない				
	他者から	☐ 指示が通じる ☐ 時々通じる ☐ 通じない				
麻痺	☐ 無し ☐ 右上肢 ☐ 左上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左下肢					
装具	☐ なし ☐ あり (右足 左足) 短下肢装具 長下肢装具 その他(					
拘縮	☐ 無し ☐ 右上肢 ☐ 左上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左下肢					
筋力低下	☐ 無し ☐ 右上肢 ☐ 左上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左下肢 ☐ 年齢相応					
起き上がり	☐ つかまらないでできる ☐ つかまればできる ☐ できない					
座位保持	☐ つかまらないでできる ☐ つかまればできる ☐ できない					
立ち上がり	☐ つかまらないでできる ☐ つかまればできる ☐ できない					
移動手段	☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ 歩行器 ☐ シルバーカー ☐ 車椅子(標準 リクライニング)					
移動	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
移乗	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
入 浴						
入浴方法	☐ 一般浴 ☐ チェアバス浴 ☐ 寝浴 ☐ 入浴せず					
	詳細:					
洗身	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
衣類着脱	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
食 事						
食事形態	主食	☐ 米飯 ☐ 軟飯 ☐ 粥 ☐ ミキサー粥				
	副食	☐ 常食 ☐ 軟菜 ☐ キザミ大 ☐ キザミ小 ☐ 極小 ☐ ミキサー ☐ ソフト食				
食事介助	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
	詳細:					
食事時注意事項	水分トロミ ☐ なし ☐ うすトロミ ☐ 濃いトロミ ☐ 1% ☐ 2%					
食事摂取量	割程度					
食事摂取時間	☐ 早い ☐ 普通 ☐ 遅い ☐ かなり時間がかかる					
食事時使用具	☐ 箸 ☐ 箸・スプーン ☐ スプーン ☐ スプーン・フォーク ☐ フォーク ☐ 自助食器					
自歯	☐ なし ☐ あり					
義歯	☐ 無 ☐ 上のみ有 ☐ 下のみ有 ☐ 上・下有り					
咀嚼	☐ 良好 ☐ やや不良 ☐ 不良 ☐ しない・できない					
嚥下	☐ 良好 ☐ むせやすい ☐ 悪い 詳細()					
口腔	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
	ブラシ種類 ☐ 歯ブラシ ☐ モアブラシ ☐ その他()					
好き嫌い・アレルギー	☐ なし ☐ あり ()					
特別食	☐ なし ☐ あり ()					

排 泄							
排泄状況	☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ オムツ ☐ カテーテル留置 ☐ ストマ ☐ その他(						
日中	☐ オムツ ☐ リハパン+パット(☐ 自立 ・ ☐ 誘導 ・ ☐ 声掛け) ☐ 自立 ☐ その他						
	清潔: ☐ オムツ外し ☐ 弄便行為 ☐ 放尿 ☐ その他(						
夜間	☐ オムツ ☐ リハパン+パット(☐ 自立 ・ ☐ 誘導 ・ ☐ 声掛け) ☐ 自立 ☐ その他						
	清潔: ☐ オムツ外し ☐ 弄便行為 ☐ 放尿 ☐ その他(						
後始末	排尿後	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 介助					
	排便後	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 介助					
尿意	☐ ある ☐ ない ☐ 時々ある ☐ 不明						
便意	☐ ある ☐ ない ☐ 時々ある ☐ 不明						
排尿量	☐ 少ない ☐ 普通 ☐ 多い						
便の周期	日に 回程度 ☐ 下剤種類() ☐ その他()						
現在の処置状況							
褥瘡	☐ なし ☐ あり	部位					
		程度・処置					
ベッドマットの種類	☐ 体圧分散型 ☐ エアマットレス ☐ その他()						
感染症	☐ なし ☐ あり	詳細:					
皮膚トラブル	☐ なし ☐ あり						
平均バイタル	平熱 °C	血圧 ~					
かかりつけ医①	☐ なし ☐ あり	病名:			病院名:		
かかりつけ医②	☐ なし ☐ あり	病名:			病院名:		
かかりつけ医③	☐ なし ☐ あり	病名:			病院名:		
備考	かかりつけ医・処置状況等の欄が不足の場合はこちらに記入をお願いします。						
睡眠	☐ 良 ☐ 不良(服薬: あり なし)						
性格	☐ 親しみやすい ☐ 明るい ☐ 几帳面 ☐ わがまま ☐ 協調性がある ☐ 協調性がない						
	☐ 無口 ☐ 多弁 ☐ 人当たりが良い ☐ 頑固 ☐ 短気 ☐ 気が強い ☐ 遠慮がち						
	☐ めんどくさがり ☐ その他()						
問題行動等							
記憶障害	☐ 無	☐ 有		感情失禁	☐ 無	☐ 有	
失見当	☐ 無	☐ 有		大きな声が出る	☐ 無	☐ 有	
徘徊	☐ 無	☐ 有					
自傷行為	☐ 無	☐ 有					
暴言暴力	☐ 無	☐ 有					
介護に抵抗	☐ 無	☐ 有					
不潔行為	☐ 無	☐ 有					
幻覚	☐ 無	☐ 有					
幻聴	☐ 無	☐ 有					
妄想	☐ 無	☐ 有					
睡眠障害	☐ 無	☐ 有					
昼夜逆転	☐ 無	☐ 有					
異食行為	☐ 無	☐ 有					

医療の状況

既往歴

発症日

現在の投薬の内容

薬の名前(目薬なども)

用法・容量

その他

身長

cm

体重

Kg

認知症高齢者日常生活自立度 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M

障害高齢者日常生活自立度 ☐J1 ☐J2 ☐A1 ☐A2 ☐B1 ☐B2 ☐C1 ☐C2

認知症

☐無 ☐有 ☐不明

長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R): 点

病名

家族面会状況 ☐なし ☐あり(頻度)

補足欄(胃漏等)