

記入日 令和 年 月 日 記入者 _____

利用者	フリガナ	性別		生年月日	T・S	年	月	日	(歳)
	氏名	男・女							
食事関係	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> パースト <input type="checkbox"/> その他 ()							
	副食	<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> ー口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> パースト <input type="checkbox"/> その他 ()							
	制限食	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (kcal/減塩 g)							
	摂取動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (商品名:) 滴下時間: ()							
	嚥下	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時々むせ <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> トロミ剤 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (商品名:) 量: ()							
	使用具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> その他 ()							
	食欲	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ムラあり 摂取量 (割) / 時間 () / () / () 分位							
	水分摂取	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 摂取動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助							
	入歯	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 入歯 (上・下) <input type="checkbox"/> なし							
	※特記事項 (禁止食品・アレルギーの有無・食事の際の注意点など)								
コメント									
移動等	移動方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 伝い <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす (自操・介助) 安全ベルト使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助 立位保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助							
	座位保持	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 寝返り <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可							
	※特記事項 (移動の際の注意点など)								
コメント									
排泄	尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 曖昧 便意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 曖昧							
	日中	状況 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ ⇒ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助							
	下着	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 尿取りパット <input type="checkbox"/> 布パンツ 失禁 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ (尿・便)							
	夜間	状況 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ ⇒ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助							
下着	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 尿取りパット <input type="checkbox"/> 布パンツ 失禁 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ (尿・便)								
※特記事項 (排泄における注意点、下剤使用の有無など)									
コメント									
入浴・整容	入浴状況	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 他 ()			方法 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助				
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助			洗顔 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助				
	歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助							
※特記事項 (入浴・整容における注意点など)									
コメント									
医療・身体	服薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助 ⇒ <input type="checkbox"/> 切って手渡し <input type="checkbox"/> 口の中へ <input type="checkbox"/> 要確認							
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不眠 眠剤の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬剤名:)							
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 拘縮 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()							
	皮膚疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()							
※特記事項 (医療処置の有無、夜間の対応、コールマットの使用・四点柵の使用・床対応、その他 注意点)									
コメント									
コミュニケーション	意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> かなり困難 <input type="checkbox"/> できない							
	会話	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 理解困難							
	視力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 不自由 ⇒ 見えにくい (□右・□左) ほぼ見えない (□右・□左)							
	聴力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 不自由 ⇒ 大声 (□右・□左) 耳元 (□右・□左) 聞こえない (□右・□左)							
※特記事項 (その他 注意点)									
コメント									
精神状態	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (軽度・中度・重度) <input type="checkbox"/> 年相応 <input type="checkbox"/> まだら							
	物忘れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> なし							
	理解力	生年月日 <input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 時々言える <input type="checkbox"/> 言えない 年齢 <input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 時々言える <input type="checkbox"/> 言えない							
	問題行動	季節 <input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 時々言える <input type="checkbox"/> 言えない 今いる場所 <input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 時々言える <input type="checkbox"/> 言えない							
	□なし □あり (該当するものに ○…ある △…時々ある ×…以前あった を記入) 被害妄想・作話・幻視・幻聴・感情失禁・昼夜逆転・暴言・暴力・暴行・破壊・大声・徘徊・介護抵抗 不潔行為・情緒不安・収集癖・異食・性行動・多弁・執拗・放尿・繰り返り話す								
※特記事項 (問題行動がある場合、その具体的内容・対応方法について)									
コメント									