

身体 の 状 況	現病名 (現在治療中の病気)			
	既往歴 (今までの病歴)			
	意思の疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない	<input type="checkbox"/> できるときもある <input type="checkbox"/> 全くできない	
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取れない	<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 全く話せない	
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 人や物の動きがわかる	<input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 全く見えない	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 耳元で大声なら聞こえる	<input type="checkbox"/> 大きな声なら聞こえる <input type="checkbox"/> 全く聞こえない	
	睡眠	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 眠りが浅い <input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 睡眠薬を使用している	
	皮膚の状態	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 床ずれがある(場所: _____ /状態: _____) <input type="checkbox"/> かゆみがある(場所: _____) <input type="checkbox"/> できものがある(場所: _____)		
	特別な医療	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> モニター測定 <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> 特に無し		
	身体の障害	無 ・ 有 (障害名: _____ /部位: _____) 種 級 /取得年月日 年 月 日)		
日 常 生 活 で の 動 作	起き上がり 寝返り動作	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> 全てに介助が必要	
	立位	<input type="checkbox"/> 一人で立てる <input type="checkbox"/> 介助があれば立てる	<input type="checkbox"/> 手すりにつかまればできる <input type="checkbox"/> 立ってられない	
	歩行・移動 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 自分で歩ける <input type="checkbox"/> 杖、手すり、刈払機を使用して一人で歩ける <input type="checkbox"/> 介助があれば歩ける <input type="checkbox"/> 歩けない <input type="checkbox"/> 這って移動できる <input type="checkbox"/> 車椅子を使用している(自走ができる ・ 自走ができない)		
	活動	<input type="checkbox"/> 外出できる <input type="checkbox"/> 車椅子に座っていることが多い	<input type="checkbox"/> 家の中なら歩く等の移動ができる <input type="checkbox"/> 寝たきり ・ ほとんど寝たきり	
	食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べられる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 声かけ、見守りをすれば食べられる <input type="checkbox"/> 全てに介助が必要 <input type="checkbox"/> 口から食べることができない	
	飲み込みの状態	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 飲み込みが悪い(のどにつかえることが多い)	<input type="checkbox"/> 時々のだにつかえる <input type="checkbox"/> トロミを使っている	
	食事の形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> おかずは刻み <input type="checkbox"/> ミキサー食		
	食事の制限・アレルギー (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 制限はない <input type="checkbox"/> カロリー、塩分などの制限がある (_____)	<input type="checkbox"/> アレルギーがある (_____)	
	排泄 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 全てに介助が必要	<input type="checkbox"/> 一部介助すればできる <input type="checkbox"/> トイレでの排泄はできない	<input type="checkbox"/> 後始末ができない
	パンツ・オムツ等	<input type="checkbox"/> 布パンツのみ <input type="checkbox"/> 布パンツにパット使用 <input type="checkbox"/> リハビリパンツにパットを使用 <input type="checkbox"/> オムツ(常時 ・ 夜間のみ)		
	入浴	<input type="checkbox"/> 湯船に入れる <input type="checkbox"/> シャワー浴(施設入浴) <input type="checkbox"/> 清拭のみ		
	お風呂で身体や 頭を洗うこと	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 全てに介助が必要	<input type="checkbox"/> 見守りがあればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要
	歯磨き	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 見守りがあればできる <input type="checkbox"/> 全てに介助が必要	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要
	義歯	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (全部 ・ 部分 ・ 有るが使用せず)		
	衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 声かけ、見守りをすればできる <input type="checkbox"/> 全てに介助が必要	

※入所判定に不利になるものではございませんので、ありのままをご回答ください。

自分でしまった物を、誰かに盗られたと言うようなことがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（	）
意味不明の言動がありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（	）
奇声を上げることがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（	）
大便をいじったり、トイレ以外の場所で排泄をすることがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（	）
同じ事を何度も言うことがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（	）
食べられないものを口にすることがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（	）
一人の時に誰かと話しているようなことがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（	）
昼間は寝ており、夜間不眠になることがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（	）
色々な物を集めたり、無断で持ってくるようなことがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（	）
世話(助言や介護)をされることを拒否(抵抗)するようなことがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（	）
暴力をふるうようなことがありますか？ (例：殴る、噛み付く、引っかく、ける、つばを吐きかける等)	ない	・	時々ある	・	ある（	）
食事したことを忘れてしまうようなことがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（	）
やたらに歩き回るようなことがありますか？（ 家の中 、 外 ）	ない	・	時々ある	・	ある（	）
見えないものを見えると言うようなことがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（	）

その他、申し出ておきたいことがございましたら自由にご記入下さい。

ご協力いただきありがとうございました。