

利用者状況調査表

記入者名:

記入日: R 年 月 日

氏名(ふりがな)		男 . 女	年 月 日生 歳	介護度	
			身長 cm 体重 kg		
食 事	<p>* 食事種別: (一般食 減塩食 糖尿病食()kcal)</p> <p>* 食形態: 主食: (米飯 全粥 すりつぶし ミキサー) (大盛り 2/3 1/2 普通)</p> <p style="padding-left: 40px;">副食: (常菜 一口大 刻み 極刻み すりつぶし ミキサー)</p> <p>* 禁止食品: 有()・無 アレルギー: 有()・無</p> <p>* 栄養補助食品: 有()・無</p> <p>* トロミ剤使用: 有()・無</p> <p>* 摂取動作: (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)</p> <p>介助の内容:</p> <p>* 食事摂取の状況: 良好 ・ 促し必要 ・ 不可</p> <p style="padding-left: 40px;">直近1週間の平均摂取量(朝 ())(昼 ())(夕 ())</p> <p>* 水分摂取の状況: 良好 ・ 促し必要 ・ 不可 1日の水分量: (約: ml)</p> <p>* 水分制限: (有 ・ 無) (ml)</p> <p>工夫していること: 例) エプロン・自助食器等</p>				
	A D L	<p>* 排泄用品</p> <p>日中: (布 リハビリパンツ オムツ) ・ パット併用 ・ その他())</p> <p>夜間: (布 リハビリパンツ オムツ) ・ パット併用 ・ その他())</p> <p>* 排泄形態</p> <p>日中: (自立 訴え時 定時)(トイレ オムツ ポータブルトイレ)</p> <p>夜間: (自立 訴え時 定時)(トイレ オムツ ポータブルトイレ)</p> <p>* 排泄動作</p> <p>日中: (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)</p> <p>介助内容:</p> <p>夜間: (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)</p> <p>介助内容:</p> <p>* 尿意: (有 ・ 無)</p> <p>* 便意: (有 ・ 無)</p> <p>* 失禁: (有 ・ 無)</p> <p>* 排尿回数 日中: (回) 夜間: (回)</p> <p>* オムツ外し: (有 ・ 無)</p>			
	入 浴	<p>* 入浴形態: (一般浴 機械浴)</p> <p>* 洗身: (自立 一部介助 全介助) 洗髪: (自立 一部介助 全介助)</p> <p>* 入浴の拒否: (有 ・ 無)</p> <p>工夫していること:</p>			

A D L	移乗・移動・動作 *移動: (歩行・車椅子) *車椅子 自操: (自立・一部介助・全介助) *歩行: (独歩・杖歩行()・歩行器・その他()) 歩行状況: (自立・見守り・一部介助) 介助内容: *移乗: (自立 見守り 一部介助 全介助) 介助内容: *麻痺 (有()・無) *装具 (有・無) *座位保持: (可・不可) 背もたれ: (必要・いない) *立位保持: (可・不可) 支え: (必要・いない) *階段昇降: (可・不可) 支え: (必要・いない)	
	整容・更衣 *口腔ケア: (自立 一部介助 全介助) *整容: (自立 一部介助 全介助) *更衣: 上衣: (自立 一部介助 全介助) 下衣: (自立 一部介助 全介助) 衣類に関する希望: (有・無) 内容: *義歯の使用: (有()・無) 義歯の手入れ: (自立 一部介助 全介助) *夜間義歯を外す習慣 (有・無)	
	その他 *コミュニケーション: (良好・意思表示程度・できない) 言葉以外の手段: (必要()・いない) *趣味・日課: () *視力: (見える・見えにくい・よく見える) 眼鏡の使用: (有・無) *聴力: (聞こえる・大きめの声で聞こえる・聞こえる) 補聴器の使用: (有・無) 難聴: (有・無) *認知症: (無・軽度・中等度・高度) HDS-R: ()点 *コールの使用: (可・不可) *問題行動・危険動作: (有・無) 内容:	
	医療 *内服状況: (自己管理・Ns管理) *拒薬: (有・無) *内服の手段: (薬ゼリー・オブラート・その他:) *下剤使用: (有・無) *下剤薬: () *眠剤: (有・無) *睡眠状況: () *皮膚状態: (ドライスキン・白癬・湿疹・褥瘡・その他:) *処置内容: ()	
日中の様子		夜間の様子
入所目的:		
今後の予定:		
主介護者・家族状況:		
居室:		