

生活実態調査票

ご利用者名 _____

主治医	Dr
病院名	
TEL	

記入日 令和 年 月 日

記入者 _____

本人との関係 _____

病名		既往歴	

感染症	(あり ・ なし)
医療的処置の必要性	(あり ・ なし)

区分	情報	特記事項
移乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
移動	独歩 ・ 杖 ・ 老人車 ・ 歩行器 ・ 車椅子 (自操…可 ・ 不可)	
排泄	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 / 尿便意 (+ ・ -)	
	布パンツ ・ パット ・ 紙パンツ ・ オムツ ・ 尿器 ・ ポータブルトイレ ・ バルーン ・ ストマ 排便パターン ()日に()回程度 ・ 便秘しがち ・ 下痢をしやすい	
入浴	洗身 / 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
	更衣 / 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
食事	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
	アレルギー : 無 ・ 有 / 義歯 : 無 ・ 有 (上 ・ 下)	
視力	普通 ・ 問題あり () 眼鏡 あり ・ なし	
聴力	普通 ・ 問題あり () 補聴器 あり ・ なし	
言語	普通 ・ 問題あり ()	
睡眠	普通 ・ あまり眠れない ・ 不眠	
認知	名前 (可 ・ 不可) 年齢 (可 ・ 不可) 生年月日 (可 ・ 不可)	
	場所・時間の理解 (可 ・ 不可) 日課・日付の理解 (可 ・ 不可)	
問題行動	収集癖 ・ 幻視 ・ 幻聴 ・ 作話 ・ 昼夜逆転 ・ 被害妄想 ・ 異食 暴言 ・ 暴力 ・ 徘徊 ・ 介護抵抗 ・ 帰宅願望 ・ その他()	
健康状態		
生活情報	(生活暦 ・ 趣味 ・ 生活環境 ・ 家族状況など)	
その他	(留意点 ・ 禁忌事項など)	
ご希望	(当施設をご利用されるにあたり、何かご希望される事がございましたらご記入下さい。)	

家族状況	氏名	続柄	住所 (連絡先電話番号)
キーパーソンに◎			
同居家族に○			