



入所希望者状態調査票（該当する箇所に『レ』をつけ、必要事項を記入してください。）

|   |  |
|---|--|
| 【既往歴及び現病名】  |  |
|   |  |
|   |  |
| <input type="checkbox"/> 認知症の診断はない。<br><input type="checkbox"/> 認知症の診断を受けている。【アルツハイマー型・前頭側頭型・レビー小体型・脳血管性】 |  |
| 意思疎通  | ・ コミュニケーションに支障（有・無）  |
| 医療状況  | <input type="checkbox"/> 経管栄養（鼻腔・胃ろう・腸ろう） <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インスリン注射<br><input type="checkbox"/> バルーン留置 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 人工透析  |
|   | ・ 現在治療中の病気・特記事項等   |
| 身体状況（レ点記入願います）  | <b>視力</b><br><input type="checkbox"/> 普通（日常生活に問題がない程度）<br><input type="checkbox"/> 弱視（目の前のものは見える。遠くのもの、ぼんやりと輪郭がわかる）<br><input type="checkbox"/> 全盲   |
|   | <b>聴力</b><br><input type="checkbox"/> 普通・日常会話に支障はない（ <input type="checkbox"/> 両耳 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳）<br><input type="checkbox"/> やや大き目の声で聞こえる（ <input type="checkbox"/> 両耳 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳）<br><input type="checkbox"/> 聞こえない（ <input type="checkbox"/> 両耳 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳） |
|   | <b>意思の疎通（表現）</b><br><input type="checkbox"/> 相手に理解させることができる。<br><input type="checkbox"/> 具体的な内容に限られる・言語障害がある。<br><input type="checkbox"/> ほとんどできない。  |
|   | <b>意思の疎通（理解）</b><br><input type="checkbox"/> ほとんど理解している。<br><input type="checkbox"/> 普段は理解しているが、時折困難。（認知症や疾患により、その時々で理解度が異なる。）<br><input type="checkbox"/> 具体的な内容に限られる、又はほとんど理解できない。   |
|   | <b>食事</b><br><input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助   ・ むせ込み（有・無）<br>・ 形態（ <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食）・トロミ（有・無）<br>・ 高カロリー食品の提供（有・無）   |
|   | <b>移動</b><br><input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖又はつたい歩き <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子（自操：可・不可）<br><input type="checkbox"/> ベッドのみの生活。（移動時： <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー）  |
|   | <b>排泄</b><br><input type="checkbox"/> 普通の下着 <input type="checkbox"/> あんしんパンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 紙おむつ<br><input type="checkbox"/> 自立（ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器）・失禁（有・無）<br><input type="checkbox"/> 上げ下げや後始末など、排泄行為（行動）の全てに介助が必要  |
|   | <b>入浴</b><br><input type="checkbox"/> 一般浴（個浴） <input type="checkbox"/> 中間浴 <input type="checkbox"/> 機械浴<br><input type="checkbox"/> 洗身・洗髪は、ほぼ自分で行うことができる。<br><input type="checkbox"/> 全面的に介助が必要となる。  |

