

【 デイケア サービスご利用者状況調査票 】

記入日：平成 年 月 日

記入者：

| | | | | | |
|--------|--|------|---|-----|--|
| ご利用者氏名 | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 介護度 | |
| 住所 | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日生 (歳) | | |

| | | | | | |
|------|-------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|------|------------------------------|
| 会話 | <input type="checkbox"/> 成立する | <input type="checkbox"/> 簡単な会話は出来る | <input type="checkbox"/> 不良 | 言語障害 | <input type="checkbox"/> 有・無 |
| 視力 | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 見えにくい | <input type="checkbox"/> 判断不能 | 眼鏡 | <input type="checkbox"/> 有・無 |
| 聴力 | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 難聴のみ | <input type="checkbox"/> 判断不能 | 補聴器 | <input type="checkbox"/> 有・無 |
| 特記事項 | | | | | |

| | | | | |
|-------|--|---|----|--|
| 移動 | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 | <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> シルバーカー | 装具 | <input type="checkbox"/> 有(右・左) <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 (内容:) | | 麻痺 | <input type="checkbox"/> 有(右・左) <input type="checkbox"/> 無 |
| 移乗 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 (内容:) | | | |
| 座位保持 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 背もたれ・把持で可 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | |
| 立ち上がり | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 掴まれば可 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 (内容:) | | | |
| 立位保持 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 掴まれば可 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 (内容:) | | | |
| 特記事項 | | | | |

| | | | | | |
|-------|--|-----|--|--------------|---------------------------------|
| 食事動作 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | とろみ | <input type="checkbox"/> 有・無 | 水分制限 | <input type="checkbox"/> 無・有 ml |
| 主食 | <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> パン食 | 特別食 | 塩分制限 (g) | 摂取制限 (kcal) | |
| 副食 | <input type="checkbox"/> かたち <input type="checkbox"/> 一 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 刻み(荒・細) <input type="checkbox"/> ミキサー食 | 義歯 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 上・下 <input type="checkbox"/> 部分(上・下) | | |
| アレルギー | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | 禁止食 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | | |
| 特記事項 | | | | | |

| | | | | |
|------|-------|--|-----|---|
| 排泄 | 日中 | <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ交換 | 下着 | <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット |
| | | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 | その他 | <input type="checkbox"/> カテーテル |
| | 尿意・便意 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々 () | | |
| 特記事項 | | | | |

| | | | |
|------|---|----|---|
| 入浴 | <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 | 拒否 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々 () |
| | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 | 更衣 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 |
| 特記事項 | | | |

| | | |
|------|------|---|
| 精神状況 | 認知症状 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) ※留意点 () |
| | 周辺症状 | <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 特記事項 | | |