

【 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"/> 難聴さみ	<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		