

## 《理解力と精神状態》

理解力	1. 每日の日課を理解すること	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない				
	2. 生年月日や年齢を答えること	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない				
	3. 直前に何をしていたか思い出すこと	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない				
	4. 自分の名前を答えること	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない				
	5. 今の季節を理解すること	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない				
	6. 自分のいる場所を理解すること	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない				
行動	1. 目的もなく動き回る 状況)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 稀にある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 常にある
	2. 外出すると病院、施設、家等に戻れなくなる 状況)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 稀にある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 常にある
	3. 物を盗られたなどと被害的になる 状況)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 稀にある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 常にある
	4. 作話をし周囲に言いふらす 状況)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 稀にある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 常にある
	5. 泣いたり笑ったりして感情が不安定になる 状況)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 稀にある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 常にある
	6. 夜間不眠あるいは昼夜の逆転がある 状況)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 稀にある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 常にある
	7. しつこく同じ話をしたり、不快な音をたてる 状況)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 稀にある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 常にある
	8. 大声を出す 状況)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 稀にある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 常にある
	9. 助言や介護に抵抗する 状況)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 稀にある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 常にある
	10. 「家に帰る」等言い落ち着きがない 状況)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 稀にある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 常にある
	11. 一人で外に出たがり目が離せない 状況)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 稀にある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 常にある
	12. いろいろな物を集めたり、無断で持ってくる 状況)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 稀にある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 常にある
	13. 物や衣類を壊したり、破いたりする 状況)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 稀にある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 常にある
	14. ひどい物忘れがある 状況)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 稀にある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 常にある
	15. 暴言や暴行を行う 状況)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 稀にある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 常にある
	16. 不潔な行為を行う 状況)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 稀にある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 常にある
	17. 食べられない物を口に入れる 状況)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 稀にある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 常にある
	18. 実際にないものが見えたり、聞こえたりする 状況)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 稀にある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 常にある
	19. まわりのことに関心がなくぼんやりしている 状況)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 稀にある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 常にある
	20. 火の始末や管理ができない 状況)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 稀にある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 常にある
	21. 周囲が嫌がっている性的行動がある 状況)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 稀にある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 常にある
	22. 意味もなく独り言や独り笑いをする 状況)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 稀にある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 常にある
	23. 自分勝手に行動する 状況)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 稀にある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 常にある
	24. 集団への不適応 状況)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 稀にある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 常にある

※精神科受診: 無 有 ( ) 病院 受診頻度: 月 週 ( ) 回 精神科からの処方: 無 有

# 介護老人保健施設 悠久莊 入所申込者状況確認用紙

利用者氏名 \_\_\_\_\_

記載者氏名 \_\_\_\_\_

続柄又は所属機関名・職種 \_\_\_\_\_

記載日 令和 年 月 日

## 【記載要綱】

- ①P2, P3 『身体状況』『日常生活動作』は、該当する □ に レ点を記入して下さい。また、( ) 内には該当する内容を記載して下さい。
- ②P4 『理解力と精神状態』は、該当する □ に レ点を記入して下さい。

《身体状況》

体格	身長: ( ) cm 体重: ( ) kg 体型: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 小柄 <input type="checkbox"/> 大柄 <input type="checkbox"/> 痩身 <input type="checkbox"/> 肥満
視力	<input type="checkbox"/> 普通 ( <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) <input type="checkbox"/> 見えにくい ( <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) <input type="checkbox"/> 見えない ( <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) 眼鏡使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 白内障: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 緑内障: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 手術歴: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 点眼薬: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 ( <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) <input type="checkbox"/> 大きな声であれば聞こえる ( <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) <input type="checkbox"/> 聞こえない ( <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) 補聴器使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> その場では可能 <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 不可能 言語障害: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (障害名 )
意欲	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 習慣は行う <input type="checkbox"/> あまり行動しようとしない <input type="checkbox"/> 無関心でぼんやりしている <input type="checkbox"/> 自分から話しかける <input type="checkbox"/> 話しかければ答える <input type="checkbox"/> 声かけに反応がある <input type="checkbox"/> 声かけに反応がない
睡眠状態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> ばらつきあり 睡眠時間: ( ) 時間
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他 ( )
拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左肩 <input type="checkbox"/> 左肘 <input type="checkbox"/> 左手 <input type="checkbox"/> 左股 <input type="checkbox"/> 左膝 <input type="checkbox"/> 左足 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 右肩 <input type="checkbox"/> 右肘 <input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 右股 <input type="checkbox"/> 右膝 <input type="checkbox"/> 右足
皮膚疾患	褥瘡: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: 处置内容: ) その他皮膚疾患: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (診断名: 部位: 处置内容: )
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (診断名: 部位: ) ※インフルエンザ予防接種: <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未

《日常生活動作》

寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない 体位変換介助: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	寝床: <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド ベッド柵 ( ) 本 介助バー使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 使用マットレス ( )
	その他使用具: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない
座位	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない 姿勢修正: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	座位耐久性: ( <input type="checkbox"/> 椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベットギヤッチアップ ) で ( ) 時間位可能
立位	立ち上がり: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない 立位保持: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない
歩行	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない 実用性: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 見守り: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	使用具: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> その他 ( )
移動	車椅子使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> スタンダード <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> その他 ( )
	移乗: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守りがあればできる <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない
	移動: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守りがあればできる <input type="checkbox"/> 短距離であればできる <input type="checkbox"/> できない
	本人持車椅子: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 使用具: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ベルト <input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> その他 ( )
食事	食事摂取動作: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守りや指示があればできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 未実施
	食事形態 <input type="checkbox"/> 主食: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 副食: <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ付 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 汁物: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> とろみ付 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 乳製品: <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> ヤクルト <input type="checkbox"/> ヨーグルト
	使用具: <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> その他 ( ) 食欲: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 摂取量: 約 ( ) 割
	食べこぼし: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 多 義歯: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 部分 ) <input type="checkbox"/> 未使用 摂取時間: 約 ( ) 分位
	治療食: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 食 ( ) kcal 塩分制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) g
	水分摂取動作: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守りや指示があればできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 未実施
	飲物: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> とろみ付 <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他 ( ) 水分制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) cc
	嚥下: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> むせやすい ( <input type="checkbox"/> 食べ物 <input type="checkbox"/> 飲み物 ) <input type="checkbox"/> できない ( <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻 )
	好き嫌い: 好( ) 嫌( ) 禁止( )

排泄	尿意: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 無 便意: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 無	尿失禁: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々有 <input type="checkbox"/> 有 便失禁: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々有 <input type="checkbox"/> 有	排尿カテーテル: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 人工肛門: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	日中 [ <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 移乗はできる <input type="checkbox"/> 下位の上げ下ろしはできる <input type="checkbox"/> 拭くことはできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 未実施 排泄回数: 約 ( ) 回 ]		
	夜間 [ <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 移乗はできる <input type="checkbox"/> 下位の上げ下ろしはできる <input type="checkbox"/> 拭くことはできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 未実施 排泄回数: 約 ( ) 回 ]		
	便秘症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内服・対応 )		
	使用具等 [ 日中: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> オムツ ( <input type="checkbox"/> パンツ型 <input type="checkbox"/> テープ型 ) <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 夜間: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> オムツ ( <input type="checkbox"/> パンツ型 <input type="checkbox"/> テープ型 ) <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ]		
	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 浴室室内の移動はできる <input type="checkbox"/> 浴槽の出入りはできる <input type="checkbox"/> 洗身はできる <input type="checkbox"/> 洗髪はできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 未実施 入浴種類: <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 家庭浴 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 入浴頻度: 週 ( ) 回		
着脱衣	上衣 [ <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 準備をすればできる <input type="checkbox"/> ボタンの掛け外しはできる <input type="checkbox"/> かぶることはできる <input type="checkbox"/> 腕を通すことはできる <input type="checkbox"/> 脱ぐことはできる <input type="checkbox"/> できない ]		
	下衣: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 準備をすればできる <input type="checkbox"/> 履くことはできる <input type="checkbox"/> 足を通すことはできる <input type="checkbox"/> 脱ぐことはできる <input type="checkbox"/> できない		
	靴下: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 履くことはできる <input type="checkbox"/> 脱ぐことはできる <input type="checkbox"/> できない		
整容	口腔ケア: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる( <input type="checkbox"/> 用具の準備 <input type="checkbox"/> 見守り・指示 <input type="checkbox"/> 部分介助 ) <input type="checkbox"/> できない		
	手洗い: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる( <input type="checkbox"/> 用具の準備 <input type="checkbox"/> 見守り・指示 <input type="checkbox"/> 部分介助 ) <input type="checkbox"/> できない		
	洗顔: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる( <input type="checkbox"/> 用具の準備 <input type="checkbox"/> 見守り・指示 <input type="checkbox"/> 部分介助 ) <input type="checkbox"/> できない		
	整髪: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる( <input type="checkbox"/> 用具の準備 <input type="checkbox"/> 見守り・指示 <input type="checkbox"/> 部分介助 ) <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 未実施		
	爪切り: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる( <input type="checkbox"/> 用具の準備 <input type="checkbox"/> 見守り・指示 <input type="checkbox"/> 部分介助 ) <input type="checkbox"/> できない		
	髭剃り・化粧: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる( <input type="checkbox"/> 用具の準備 <input type="checkbox"/> 見守り・指示 <input type="checkbox"/> 部分介助 ) <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 未実施		

### 《手段的日常生活動作》

電話の活用	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 知っている番号へ掛けることはできる <input type="checkbox"/> 掛けることはできないが出ることはできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 未実施
買い物	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 小額の買い物はできる <input type="checkbox"/> 付添いがあればできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 未実施
食事	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 材料が準備されれば調理できる <input type="checkbox"/> 温めや簡単な調理はできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 未実施
	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 皿洗いはできる <input type="checkbox"/> 皿拭きはできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 未実施
掃除	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 拭き掃除はできる <input type="checkbox"/> 掃除機を使用できる <input type="checkbox"/> 掃き掃除はできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 未実施
洗濯	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 洗濯機の使用はできる <input type="checkbox"/> 簡単な手洗いはできる <input type="checkbox"/> 洗濯物を干すことはできる
	<input type="checkbox"/> 洗濯物をたたむことはできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 未実施
外出	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> タクシーを利用すればできる <input type="checkbox"/> 付添いがあればできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 未実施
服薬管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 仕分けしてもらえばできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 未実施
金銭管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 通帳等の管理はできる <input type="checkbox"/> 小額の管理はできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 未実施