

生活状況記入票

情報記入日

平成 年 月 日

ご本人氏名

※該当するものに○をつけてください

食事	形態(ご飯 ・ お粥 ・ ミキサー食) 経管栄養(鼻から ・ 胃ろうから) 自分で食べられる 一部手伝う 全て手伝う ムセ(有 ・ 無) 吸引(必要 ・ 不要)
立つ、歩く	立ち上がり (一人でできる ・ 手伝うと出来る ・ できない) 歩ける (独りで ・ 手すりなどにつかまって ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 手ひき) 歩けない(車イスを自分でこげる ・ こげない) 座ってられない
排泄	トイレへ行く ポータブルトイレを使う 紙パンツをはいている パッドを使っている オムツを使っている 自分でできる 一部手伝う 全て手伝う
既往歴・現病歴	脳梗塞 無 ・ 有 (麻痺 無 ・ 有《右・左》) 発病_____年
	脳出血 無 ・ 有 (麻痺 無 ・ 有《右・左》) 発病_____年
	心臓疾患 無 ・ 有 発病_____年
	糖尿病 無 ・ 有 (薬 無 ・ 有 、 注射 無 ・ 有) 発病_____年
医療管理	なし あり ありの場合 ・ 気管切開 酸素療法 尿管カテーテル 心臓ペースメーカー 常時の点滴 その他()
精神面	物忘れ(有 ・ 無) 会話(できる ・ 上手くできない ・ 全くできない) 忘れてしまう内容・つい先ほどの事 ・ 自分の名前 ・ 生年月日 ・ 家族の顔 今の居場所 ・ 季節や時間 ・ その他() 認知症により困ること、危ないこと (無 ・ 有) 歩行時の転倒 ・ ベッド等からの転落 ・ 暴言 ・ 暴力 ・ 徘徊 ・ 夜間不眠 食べられない物を口に入れる ・ その他()
日中の過ごし方	横になって過ごしている 起きて過ごしている その他()
お困りのことなど 具体的に記入して ください	

以上で設問は終了です。申込書と一緒にご提出をお願いいたします。

桜町聖ヨハネホーム