

入居希望者状態表

氏名 _____ (年齢 歳)

年 月 日現在

起立・移動	起立状況	立ち上がれる・介助があれば立ち上がれる・立ち上がれない		
	使用品	杖・歩行器・車椅子・その他 ()		
	移動状況	自分でできる・見守りが必要・一部介助が必要・すべて介助が必要		
	転倒	よく転ぶ・時々転ぶ・転ばない		
		転倒時の状況 ()		
	その他の状況			
本人及び家族の希望など				
排泄	本人及び家族の希望など	トイレ・ポータブル(常時・夜間のみ)・オムツ(常時・夜間のみ)		
		その他 ()		
	排泄状況	自分でできる・見守りが必要・一部介助が必要・すべて介助が必要		
	使用品	布パンツ・尿とりパット・紙パンツ・紙オムツ・その他 ()		
	その他の状況			
	本人及び家族の希望など			
食事	主食	飯・粥・ペースト・その他 ()		
	副食	普通・ひと口大・細かく刻む・ミキサー・ペースト・その他()		
	治療食	要・不要	内容	
	使用品	箸・スプーン・エプロン・その他()		
	摂取状況	自分で食べられる・見守りが必要・一部介助が必要・すべて介助が必要		
	むせ	よくむせる・時々むせる・むせない		
	アレルギー	ない・ある ()		
	その他の状況			
	本人及び家族の希望など			
清潔	洗面	自分で出来る・見守りが必要・一部介助が必要・すべて介助が必要		
	口腔衛生	自分で出来る・見守りが必要・一部介助が必要・すべて介助が必要		
		自歯(あり・なし) 義歯あり (上・下・一部) なし		
	その他の状況			
本人及び家族の希望など				
入浴	入浴状況	自分で入浴する・シャワーチェアを使う・リフト浴・機械浴		
	その他の状況			
	本人及び家族の希望など			

衣類着脱	脱衣状況	自分で着替えられる・見守りが必要・一部介助が必要・すべて介助が必要		
	その他の状況			
	本人及び家族の希望など			
認知症状	夜間不眠	よくある・時々ある・ない	徘徊	よくある・時々ある・ない
	異食	よくある・時々ある・ない	大声を出す	よくある・時々ある・ない
	その他の状況			
	本人及び家族の希望など			
疾 病	主な疾病			
	内 服	あり(1日回)・なし	処方内容()	
	薬のアレルギー	ある()なし		
	その他の状況			
	本人及び家族の希望など			
身体状況	視 力	よく見える・大きなものは見える・ほとんど見えない・まったく見えない		
		眼鏡(使用 ・ 未使用)		
		その他		
	聴 力	よく聞こえる・大きな音なら聞こえる・ほとんど聞こえない まったく聞こえない		
		補聴器(使用 ・ 未使用)		
		その他		
	会 話	問題なくできる ・ 支障あり()		
		その他		
	麻 痺	あり(右上肢・左上肢・右下肢・左下肢)・なし		
		その他		
身長・体重	身長：	cm	体重：	kg
嗜 好	喫 煙	あり ・ なし	飲 酒	あり ・ なし
性 格			趣 味	
その他の ご希望等				

*施設入居(入院)している場合は、施設のケアマネジャー、相談員が記入してください。

担当者氏名	
-------	--