

# 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)                     |          |              |
|              | 会 話         | その他                               |          |              |
|              |             | 問題なくできる ・ 支障あり ( )                |          |              |
|              | 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<br>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 |  |
|-------|--|