

家族構成・ADL等

| 家族構成                          | 氏名  | 続柄  | 年齢   | 職業 | 同居状況  | 住所等 |
|-------------------------------|---|---|--|----|-------|-----|
| 同居家族<br>(主たる介護者には□内に印をつけて下さい) | <input type="checkbox"/>  |   |  |    | 同居・別居 |     |
|                               | <input type="checkbox"/>  |   |  |    | 同居・別居 |     |
|                               | <input type="checkbox"/>  |   |  |    | 同居・別居 |     |
|                               | <input type="checkbox"/>  |   |  |    | 同居・別居 |     |
|                               | <input type="checkbox"/>  |   |  |    | 同居・別居 |     |
| 医療の状況                         | 現病名   |   |  |    |       |     |
|                               | 現在の治療・薬   |   |  |    |       |     |
|                               | かかりつけ医  |   | 病院名  |    | 担当医   |     |
|                               | <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・鼻腔カテーテル) 平成 年 月より<br><input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射<br><input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ |   |  |    |       |     |
| 身体状況                          | 麻痺  | 有・無 (部位: )  |  |    |       |     |
|                               | 言葉  | 話せる・話せるがやや不明瞭・困難  |  |    |       |     |
|                               | 意思疎通  | 会話できる・簡単な会話なら可能・話す事が出来るが会話がかみ合わない   |  |    |       |     |
|                               | 移動  | 自立・見守りが必要・一部介助が必要・全部介助が必要<br>独歩・杖歩行・歩行器・シルバーカー・車イス<br>リクライニング車イス・寝たきり状態<br>ご様子 ( )  |  |    |       |     |
|                               | 食事  | 自立・見守りが必要・一部介助が必要・全部介助が必要<br>主食 (ご飯・お粥・ミキサー)<br>おかず (普通・キザミ・ミキサー)<br>ご様子 ( )  |  |    |       |     |
|                               | 排泄  | 日中  | 自立・見守りが必要・一部介助が必要・全部介助が必要<br>トイレ・布パンツ・紙パンツ・尿取りパット・オムツ<br>ご様子 ( ) |    |       |     |
|                               |   | 夜間  | 自立・見守りが必要・一部介助が必要・全部介助が必要<br>トイレ・布パンツ・紙パンツ・尿取りパット・オムツ<br>ご様子 ( ) |    |       |     |
| 精神面                           | 認知症状のご様子  | <input type="checkbox"/> 認知症状が重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 少しあり <input type="checkbox"/> 認知症状は無い   |  |    |       |     |
|                               |   | <input type="checkbox"/> 徘徊 昼夜逆転 暴力行為 大声や奇声 異食<br><input type="checkbox"/> 放尿 放便 物を集める 物取られ妄想<br>その他の症状 ( )   |  |    |       |     |
|                               | 精神状態のご様子  | <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 睡眠障害<br><input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 興奮<br>その他の症状 ( ) |  |    |       |     |
| 経済状況                          | <input type="checkbox"/> 年金 (国民年金・厚生年金・その他) 1ヶ月 円   |   |  |    |       |     |
|                               | <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 家族からの金銭援助を受けているか (有・無)   |   |  |    |       |     |