

日常生活情報書 ② ※該当するものに☑してください。

麻痺・移動情報	
麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢)
筋力低下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢)
移動	<input type="checkbox"/> 歩行 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー・歩行器 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="checkbox"/> 本人操作 <input type="checkbox"/> 介助者操作 <input type="checkbox"/> 移乗動作可能 <input type="checkbox"/> 移乗動作不可能) <input type="checkbox"/> 寝たきり 装具 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:)
移乗	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
立位	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない
立位膝折	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし
座位	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない
座位姿勢	<input type="checkbox"/> 安定している <input type="checkbox"/> 傾きがある <input type="checkbox"/> 反り返りがある
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない
寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない
転倒	<input type="checkbox"/> あり (転倒頻度 回/週程) <input type="checkbox"/> なし
入浴・衛生保持の情報	
入浴	<input type="checkbox"/> 自宅入浴 (<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 回/週 <input type="checkbox"/> 施設入浴 (デイサービス・デイケア) 回/週 (入浴手段) <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 清拭
洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 清拭のみ
洗髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
洗顔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
整髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
着替え	上衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 下衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
食事の情報	
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具 ()
飲み込み	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> できない
むせこみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 水分 <input type="checkbox"/> とろみなし <input type="checkbox"/> とろみ有 <input type="checkbox"/> ゼリー
食種	一般食・療養食 (糖尿食・心臓食・腎臓食・肝臓食・その他 ())
主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥 () <input type="checkbox"/> ミキサー
副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み (1cm、5mm、ソフト) <input type="checkbox"/> ミキサー、ゼリー
自分の歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯)
食事嗜好・希望	
禁忌食品	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
その他の注意事項	

日常生活情報書 ③ ※該当するものに☑してください。

排泄の情報			
排泄の情報	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用 <input type="checkbox"/> 夜間はオムツ <input type="checkbox"/> 終日オムツ <input type="checkbox"/> オムツを外す行為 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> リハビリパンツ使用 <input type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> カテーテル		
尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし	便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし
尿失禁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし	便失禁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし
コミュニケーション・視力・聴力の情報			
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 1mでみえる <input type="checkbox"/> 目の前でやっとみえる <input type="checkbox"/> ほとんどみえない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 眼鏡の使用 ()		
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 普通の声でやっと聞こえる <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> ほぼ聞こえない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 補聴器の使用 ()		
会話	<input type="checkbox"/> 成立する <input type="checkbox"/> 簡単な会話は可能 <input type="checkbox"/> こちらの話が理解できない <input type="checkbox"/> 話が全く通じない		
睡眠状況			
睡眠状況	<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不明	睡眠時間	時 ~ 時
	<input type="checkbox"/> 不眠の場合 <input type="checkbox"/> 声だしがある <input type="checkbox"/> 徘徊がある <input type="checkbox"/> その他 ()		
睡眠薬使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (眠剤名:)		
特記事項	喫煙 (有・無) 飲酒 (有・無)		

記入者：氏名 _____ 職種 _____