日 常 生 活 情 報 書 ①　※該当するものに☑してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病 歴 と 病 状 管 理 | | | | | |
| 特別な処置 | □ 点滴の管理　□ ストーマ（人工肛門）の処置　□ 酸素療法　□ カテーテル  □ 疼痛管理　　□ ペースメーカー　□ インスリン　□ 痰吸引　□ 褥瘡  □ 胃ろう（種類）　　　（栄養剤）　　　　　　　回／日（朝・昼・夕）注入 | | | | |
| 既往歴 | 年　　月　　病名： | | | | |
| 病院 | | | 通院状況　　　　回／　　　週 ・ 月 | |
| 年　　月　　病名： | | | | |
| 病院 | | 通院状況　　　　回／　　　週 ・ 月 | | |
| 年　　月　　病名： | | | | |
| 病院 | | 通院状況　　　　回／　　　週 ・ 月 | | |
| 年　　月　　病名： | | | | |
| 病院 | | 通院状況　　　　回／　　　週 ・ 月 | | |
| 既往歴の経過  現在治療中の  病気の状況 |  | | | | |
| 内服薬  内容・用量・  分量記載 | ※薬の説明書（複写）をご用意いただくか、服用されているすべての薬名をご記入ください。  薬のアレルギー 有・無（　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 内服管理 | * 自己管理　□ 要介助（□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助） | | | | |
| 主 治 医 の 情 報 | | | | | |
| 医療機関 |  | 診療科 | | | 科　　　　　　医師 |
| 電話番号 |  | 受診状況 | | | □ 通院　□ 往診（　　回／週・月） |
| リハビリ内容・状況 | | | | | |
| リハビリ内容 |  | | | | |
| 認 知 症 の 状 態 | | | | | |
| 認知症の症状 | □ なし　□ あり　　認知症の診断を受けているか　□ なし　□ あり  （□ 老人性　□ アルツハイマー型　□ 脳血管性　□ その他　） | | | | |
| 症状の内容 | □ 記憶障害　□ 見当識障害　□ せん妄　□ 帰宅願望　□ 自傷行為　□ 大声  □ 介護抵抗　□ 収集癖　□ 不穏状態　□ 意欲低下　□ 徘徊　□ 被害妄想  □ 老人性そう・うつ病　□ 幻聴・幻覚　□ 暴力行為　□ 暴言　□ 過食・異食　□ 不潔行為　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 具体的な言動の内容 | | | | |
| ご 本 人 の 状 況 | | | | | |
| 生活歴  ご本人の現在の様子 |  | | | | |

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 | □ なし　□ あり（□ 右上肢　□ 右下肢　□ 左上肢　□ 左下肢） | | |
| 筋力低下 | * なし　□ あり（□ 右上肢　□ 右下肢　□ 左上肢　□ 左下肢） | | |
| 移動 | □ 歩行（□ 自立　□ 杖　□ シルバーカー・歩行器　□ 介助 ）  □ 車椅子（□ 本人操作　□ 介助者操作　□ 移乗動作可能　□ 移乗動作不可能）  □ 寝たきり　　　　　装具 □ なし　□ あり（部位：　　　　　　　　　　　　） | | |
| 移乗 | * できる　□ 要見守り　□ 一部介助　　□ 全介助 | | |
| 立位 | * できる　□ 要見守り　□ 支えがあればできる　□ できない | | |
| 立位膝折 | * ある　　□ なし | | |
| 座位 | * できる　□ 要見守り　□ 支えがあればできる　□ できない | | |
| 座位姿勢 | * 安定している　□傾きがある　□ 反り返りがある | | |
| 起き上がり | * できる　□ 要見守り　□ 支えがあればできる　□ できない | | |
| 寝返り | * できる　□ 要見守り　□ 支えがあればできる　□ できない | | |
| 転倒 | * あり（転倒頻度　　　回／週程　）　　　□ なし | | |
| 入 浴 ・ 衛 生 保 持 の 情 報 | | | |
| 入浴 | □ 自宅入浴（□ 浴槽　□ シャワー ）　□ 訪問入浴　　　　　　　　　回／週  □ 施設入浴（デイサービス・デイケア）　　　　　　　　　　　　　　　回／週  （入浴手段）　□ 機械浴　□ 一般浴　□ 清拭 | | |
| 洗身 | □ 自立　□ 要見守り　□ 一部介助　□ 全介助　□ 清拭のみ | | |
| 洗髪 | □ 自立　□ 要見守り　□ 一部介助　□ 全介助 | | |
| 洗顔 | □ 自立　□ 要見守り　□ 一部介助　□ 全介助 | | |
| 歯磨き | □ 自立　□ 要見守り　□ 一部介助　□ 全介助 | | |
| 整髪 | □ 自立　□ 要見守り　□ 一部介助　□ 全介助 | | |
| 着替え | 上衣　□ 自立　□ 要見守り　□ 一部介助　□ 全介助 | | |
| 下衣　□ 自立　□ 要見守り　□ 一部介助　□ 全介助 | | |
| 食 事 の 情 報 | | | |
| 食事摂取 | □ 自立　□ 要見守り　□ 一部介助　□ 全介助  □ 箸　　□ スプーン　□ フォーク　□ 自助具（　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 飲み込み | * できる　□ 要見守り　□ できない | | |
| むせこみ | * なし　□ あり | 水分 | * とろみなし　□ とろみ有　□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 | □ 米飯　□ 粥（　　）　　□ ミキサー | | |
| 副食 | □ 常食　□ 一口大　□ 刻み（１㎝、５㎜、ソフト）　□ ミキサー、ゼリー | | |
| 自分の歯 | * なし　□ あり | | |
| 義歯 | * なし　□ あり（□ 総入れ歯　□部分入れ歯） | | |
| 食事嗜好・希望 |  | | |
| 禁忌食品 | □ なし　□ あり（　　　　　　　　 　 　　） | | |
| アレルギー | □ なし　□ 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 | □ 自立　□ 要介助　□ ポータブルトイレ使用  □ 夜間はオムツ　□ 終日オムツ　□ オムツを外す行為（ □ 有　□ 無 ）  □ リハビリパンツ使用　□ パット使用　□ カテーテル | | |
| 尿意 | □ あり　□ 時々あり　□ なし | 便意 | □ あり　□ 時々あり　□ なし |
| 尿失禁 | □ あり　□ 時々あり　□ なし | 便失禁 | □ あり　□ 時々あり　□ なし |
| コミュニケーション ・ 視力 ・ 聴力の情報 | | | |
| 視力 | * 普通　□ １ｍでみえる　□ 目の前でやっとみえる　□ ほとんどみえない * 不明　□　眼鏡の使用（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 聴力 | * 普通　□ 普通の声でやっときこえる　□ 大声できこえる　□ ほぼきこえない * 不明　□ 補聴器の使用（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 会話 | * 成立する　□ 簡単な会話は可能　□ こちらの話が理解できない * 話が全く通じない | | |
| 睡 眠 状 況 | | | |
| 睡眠状況 | □ 不眠　□ 良好　□ 不明 | 睡眠時間 | 時　～　　　　　時 |
| 不眠の場合　　　□ 声だしがある　□ 徘徊がある　□ その他（　　　　　　） | | |
| 睡眠薬使用 | □ なし　□ あり（眠剤名：　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 特記事項 | 喫煙（有・無）　　飲酒（有・無） | | |

　　記入者：氏名　　　　　　　　　　　職種