

利用者状況表

記入者 _____ 続柄 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

カナ			性別	生年月日	明治・大正・昭和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 生まれ (____ 歳)			
氏名			住所	〒 _____				
(緊急)連絡先	名前			現在の住環境	在宅	1. 持ち家 1. 独居 2. 賃貸 2. 同居(関係: _____)		
	電話	年齢(____ 歳)	続柄(____)		入所	施設名/病院名 _____ 平成 ____ 年 ____ 月より		
介護保険	介護度	1・2・3・4・5		保険者	板橋区 ・ その他(_____ 区・市町村)			
生活保護	受給	1. あり 2. なし		標準負担限度額認定証	1. 未取得	2. 既取得	食費の負担限度額: ¥ _____	
収入	有	厚生年金: ¥ _____ /2ヶ月	共済年金: ¥ _____ /2ヶ月			所帯住民税	1. 非課税所帯	
	無	国民年金: ¥ _____ /2ヶ月	その他の収入: ¥ _____				2. 課税所帯	
身体状況	寝たきり	1. 布団から起きるが、あまり動かない 2. 寝たり起きたりしている 3. まったくの寝たきり 4. 寝たきりではない			生活歴	職歴: 無・有(_____)		
	寝返り	1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない				婚歴: 有・無 同居・別居・離婚・死別・離別(概要)		
	歩行	1. ふつうに歩ける 2. ゆっくりなら歩ける 3. 介助があれば歩ける 4. 移動不能(車イスを使用)						
	食事	1. ひとりでふつうに食べる 2. 部分的に手伝いが必要 3. 自分では食べられない			既往歴	服薬・手術等		
	食事の形態	1. ふつう食 2. 軟食 3. きざみ食(ミキサー食)						
	入浴	1. ひとりで入れる 2. 手伝わないと入浴できず 3. 浴槽出入り可だが体は洗ってもらう 4. 全介助			服薬について 朝: _____ 昼: _____ 夜: _____			
	排泄	尿意	1. ある 2. ときどきある 3. ない			現在受けている医療について	1. なし 2. 中心静脈栄養 3. 人口呼吸器(レスピレーター) 4. 中滴管理 5. ストーマの処置 6. 透析 7. 気管切開 8. 褥瘡(床ずれ) 9. 糖尿病(インスリン注射) 10. 経管栄養 11. 胃ろう 12. 疼痛の介護	
		便意	1. ある 2. ときどきある 3. ない					
		排尿の後始末	1. ふつうにできる 2. 何らかの介助必要 3. 全介助					
		排便の後始末	1. ふつうにできる 2. 何らかの介助必要 3. 室内便器使用 4. 常時おむつ使用					
	認知症の症状	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 被害的			麻痺の有無	1. 有 2. 無	
		<input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴	<input type="checkbox"/> 帰宅願望			嚥下(のみこみ)	1. 問題なし 2. 問題あり	
<input type="checkbox"/> 暴言・暴力		<input type="checkbox"/> 器物破損			感染症	1. 有(_____) 2. 無 3. 不明		
<input type="checkbox"/> 感情不安定		<input type="checkbox"/> 介護拒否						
<input type="checkbox"/> 昼夜逆転		<input type="checkbox"/> 異食						
<input type="checkbox"/> 不眠		<input type="checkbox"/> その他						