

# ことぶき苑入所利用者調査票

ご利用者名： _____ 様		記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
食事	摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <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"/> 自助具 摂取量：	
	形態（主）	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> パン 補助食：	
	（副）	<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト アレルギー・禁忌：	
	治療食	Kcal 塩分 g たんぱく質 g その他： 牛乳： <input type="checkbox"/> 飲める <input type="checkbox"/> 飲めない	
	嚥下・ムセ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） 好き嫌い <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	
	トロミ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ドレッシング状 <input type="checkbox"/> ソース状 <input type="checkbox"/> ゲチャップ状 水分制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 /日	
基本動作	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス 介助状況：自立・付き添い・介助	
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り、声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助（ ） <input type="checkbox"/> 全介助	
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り、声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助（ ） <input type="checkbox"/> 全介助	
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り、声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助（ ） <input type="checkbox"/> 全介助	
	座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り、声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助（ ） <input type="checkbox"/> 全介助	
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り、声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助（ ） <input type="checkbox"/> 全介助	
	立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り、声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助（ ） <input type="checkbox"/> 全介助	
排泄	排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（ ）人	
	排泄場所	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> パルン <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> ストマ	
	尿意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 頻回 日中： 回・夜間： 回 失禁 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 定時誘導	
	便意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 無 頻度： 回/ 日 失禁 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	日中	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット（ ）	
	夜間	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット（ ）	
整容	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 総 <input type="checkbox"/> 部分（上・下） 管理： <input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 施設	
	洗面	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 洗面所 <input type="checkbox"/> 温タオル	
更衣	上衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り、声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助（ ） <input type="checkbox"/> 全介助	
	下衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り、声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助（ ） <input type="checkbox"/> 全介助	
入浴	入浴方法	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャー浴 <input type="checkbox"/> 清拭	
	洗身動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り、声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助（ ） <input type="checkbox"/> 全介助	
	洗髪動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り、声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助（ ） <input type="checkbox"/> 全介助	
身体・精神障害等	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> ムラあり <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 独語あり 眠剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 年齢相応 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	
	認知症状	<input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転	
	具体的様子	【 _____ 】	
	理解力	<input type="checkbox"/> 概ね理解できる <input type="checkbox"/> 指示が必要 <input type="checkbox"/> ほとんど分からない	
	転倒歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ナースコール使用： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 センサー： <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用	
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 眼鏡（ <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 必要時）	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 耳元で可 <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器（ <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右）	
	発語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 何とか分かる <input type="checkbox"/> はっきりしない <input type="checkbox"/> ほとんど話せない <input type="checkbox"/> 発語なし	
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） 装具（ ） 拘縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
医療ケア	性格	<input type="checkbox"/> 温厚 <input type="checkbox"/> 明朗 <input type="checkbox"/> 我慢強い <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位（ ） 状態（ ）	
	処置	<input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	排便	コントロール方法： <input type="checkbox"/> 下剤（ 回/ 日） <input type="checkbox"/> 座薬（ 回/ 日）	
	その他	特記： コロナ： 回目接種（ / ） ・ 未接種 インフルエンザ： /	