

初めてご利用いただく方、または前回ご利用より6ヶ月以上期間が空いた場合にはご提出ください。

記入日：平成 年 月 日

利用者様名 _____ 様

食事	状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助	<input type="checkbox"/> 経口摂取不可	
	主食	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 半粥	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> ミキサー		
	副食	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 一口	<input type="checkbox"/> きざみ	<input type="checkbox"/> ソフト	<input type="checkbox"/> ミキサー	
	嚥下	<input type="checkbox"/> むせない	<input type="checkbox"/> 時々むせる	<input type="checkbox"/> 毎回むせる	(トロミ剤使用) <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
	摂取制限	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> カロリー制限(kcal/日)	<input type="checkbox"/> 塩分制限(g/日)			
	禁食	<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()				
	牛乳	<input type="checkbox"/> 飲める	<input type="checkbox"/> 飲めない				
排泄	義歯	<input type="checkbox"/> 総入れ歯(上のみ 下のみ 上下とも)		<input type="checkbox"/> 部分入れ歯	(自身で装着) <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能		
	状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助	(排泄の拒絶) <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
	尿意	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない			
	便意	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない			
	おむつ使用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 昼夜	<input type="checkbox"/> 夜のみ			
場所	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> パルーン			
入浴	状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助	(入浴の拒絶) <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
	形態	<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> チェア浴	<input type="checkbox"/> 特浴	<input type="checkbox"/> 清拭		
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助		
動作	立位	<input type="checkbox"/> 安定	<input type="checkbox"/> 支えが必要	<input type="checkbox"/> 不安定	<input type="checkbox"/> 不可		
	座位	<input type="checkbox"/> 安定	<input type="checkbox"/> 支えが必要	<input type="checkbox"/> 不安定	<input type="checkbox"/> 不可		
	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助		
	移動方法	<input type="checkbox"/> 自立歩行	<input type="checkbox"/> 杖歩行	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 寝たきり	
	転倒・転落	転倒の危険性	<input type="checkbox"/> 高い	<input type="checkbox"/> やや高い	<input type="checkbox"/> あまりない		
身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない		
	言語	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい	<input type="checkbox"/> 聞き取れない			
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 疎通できる	<input type="checkbox"/> ある程度できる	<input type="checkbox"/> 疎通できない			
	麻痺の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 左上肢	<input type="checkbox"/> 右上肢	<input type="checkbox"/> 左下肢	<input type="checkbox"/> 右下肢	(拘縮の有無) <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
認知症・精神上的状況	状態	<input type="checkbox"/> 症状が見られるが、ほぼ自立している			<input type="checkbox"/> 症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする		
	症状	<input type="checkbox"/> 症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる			<input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ専門医療を必要とする		
医療情報	医療的処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> ストマ(人口肛門)	
	既往歴	<input type="checkbox"/> 常時吸引	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置	<input type="checkbox"/> 膀胱ろう	<input type="checkbox"/> 皮膚疾患	
	現病歴	<input type="checkbox"/> インシュリン(血糖測定)	<input type="checkbox"/> その他()				

--