

**認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護  
グループホーム 川田の宿 入所希望者状態確認書**

利用者氏名			記録日	令和 年 月 日		
<b>◇ 医療状況</b>						
主治医	病院・医院・その他 ( )			科	医師	
既往症  *感染症、アレルギー等含む	年月日	病名		症状等		
現病名						
処置・服薬  ※おくすり手帳  薬情等の複写  でも可能です						
皮膚状態  及び 特殊医療	<input type="checkbox"/> 発疹 : ( + · - )		<input type="checkbox"/> 経管栄養		<input type="checkbox"/> 痰の吸引	
	<input type="checkbox"/> 痒み : ( + · - )		<input type="checkbox"/> 人工肛門			
	<input type="checkbox"/> 褥瘡 : ( + · - )		<input type="checkbox"/> 酸素療法			
	<input type="checkbox"/> 表皮剥離 : ( + · - )		<input type="checkbox"/> インシュリン注射			
	<input type="checkbox"/> 打ち身 : ( + · - )		<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル			
	<input type="checkbox"/> その他 (具体的に) :					
<b>◇ 身体・ADL (日常生活動作) 状況</b>						
麻痺	有 · なし 左・右 ( 言語障害 : )		硬縮	有 · なし 左・右 ( 上肢 · 下肢 · 手指 )		
立位	可能 · 不安定 · 不可能 ( 自立 · つかまり · 介助 )		座位	可能 · 不安定 · 不可能 ( 自立 · 寄りかかり · 介助 )		
移乗	自立 · 見守り · 一部介助 · 全介助					<input type="checkbox"/> 手すり
寝返り	可能 · 一部介助 · 不可能 ( 体位変換 : ~ 時間毎 )					<input type="checkbox"/> エアーマット
歩行	独歩 · 杖 · ウォーカー · 手を添える · その他 車椅子 ( ) : 駆動 ( 自立 · 一部介助 · 全介助 )					<input type="checkbox"/> 不安定
聴力	聞こえる · 少し聞こえる · 聞こえない · その他 :					<input type="checkbox"/> 補聴器
視力	見える · 少し見える · 見えない · その他 :					<input type="checkbox"/> 眼鏡
身体状況	<特記事項>  身長 cm 体重 kg (測定日 : )					

精神状態	<p>認知症状等 (あり・なし)</p> <p>① 徘徊 ② 記憶障害 ③ 昼夜逆転 ④ 介護拒否      ⑤ 失見当識 ⑥ 収集癖 ⑦ 異食 ⑧ 認知障害      ⑨ 妄想 ⑩ 鬱 ⑪ 興奮 ⑫ 幻覚 ⑬ 作話      ⑭ 感情失禁 ⑮ その他 ( )</p> <p>意志の疎通・理解力 (可能・時々可能・不可能)</p> <p>&lt;特記事項&gt; 生活の中でお困りごとがありましたらご記入ください</p>	<p>&lt;症状の程度・頻度&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 常時</li> <li>・ 時々</li> <li>・ まれに</li> <li>・ 過去にあった</li> <li>・ その他</li> </ul> <p>&lt;安定剤の服用&gt;</p> <p>&lt;眠剤の服用&gt;</p>
	<p>主食 (ごはん・おにぎり・粥・ペースト)</p> <p>副菜 (常菜・粗刻み・刻み・ペースト)</p> <p>経管栄養 (鼻腔・胃ろう) 特別食 (糖尿食・減塩食・)</p> <p>用具 (箸・スプーン・フォーク・手・自助具: )</p> <p>方法 (自立・見守り・声掛け・一部介助・全介助)</p> <p>嚥下 (良・不良: )</p> <p>食欲 (旺盛・普通・余りない・ない: )</p> <p>&lt;特記事項&gt;</p>	<input type="checkbox"/> トロミ使用 <input type="checkbox"/> 食事用エプロン <input type="checkbox"/> 嗜好品 <input type="checkbox"/> 嫌いな食品
	<p>歯 (自歯・義歯: 上・下・なし)</p> <p>口腔洗浄 (自立・声掛け・一部介助・全介助)</p> <p>洗面・整髪 (自立・一部介助・全介助)</p> <p>爪・耳・髭剃り (自立・一部介助・全介助)</p> <p>&lt;特記事項&gt;</p>	<input type="checkbox"/> 上本 <input type="checkbox"/> 下本 <input type="checkbox"/> タオル・洗面所 <input type="checkbox"/> 剃刀・電気剃刀

入浴	一般浴 • 中間浴 • 特浴 移動 ( 自立 • 一部介助 • 全介助 ) 更衣 ( 自立 • 一部介助 • 全介助 ) 洗体 ( 自立 • 一部介助 • 全介助 )	<input type="checkbox"/> 一人浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<特記事項>	
排泄	昼 : WC • ポータブルトイレ • オムツ ( ) ( 自立 • 一部介助 : • 全介助 • 声掛け、誘導 ) 夜 : WC • ポータブルトイレ • オムツ ( ) ( 自立 • 一部介助 : • 全介助 • 声掛け、誘導 )	<input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 尿器 状態 : 尿意 ( ) 便意 ( ) 排便 : 便秘・軟便・ 下痢 不潔行為 • 失禁
	<特記事項>	
その他	その他お困りごとやご心配等ありましたらご記入ください	