

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
◇ 医療状況							
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）：						
◇ 身体・ADL（日常生活動作）状況							
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 _____ c m 体重 _____ kg （測定日： ）						

精神状態	認知症状等 （ あり ・ なし ） 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（ ）	＜症状の程度・頻度＞ ・ 常時 ・ 時々 ・ まれに ・ 過去にあった ・ その他
	意志の疎通・理解力 （ 可能 ・ 時々可能 ・ 不可能 ）	＜安定剤の服用＞
	＜特記事項＞ 生活の中でお困りごとがありましたらご記入ください	＜眠剤の服用＞
食 事 （ 摂 取 ）	主食 （ ごはん ・ おにぎり ・ 粥 ・ ペースト ） 副菜 （ 常菜 ・ 粗刻み ・ 刻み ・ ペースト ） 経管栄養 （ 鼻腔 ・ 胃ろう ） 特別食 （ 糖尿食・減塩食・ ）	<input type="checkbox"/> トロミ使用 <input type="checkbox"/> 食事用エプロン <input type="checkbox"/> 嗜好品
	用具 （ 箸 ・ スプーン ・ フォーク ・ 手 ・ 自助具： ） 方法 （ 自立 ・ 見守り ・ 声掛け ・ 一部介助 ・ 全介助 ） 嚥下 （ 良 ・ 不良： ） 食欲 （ 旺盛 ・ 普通 ・ 余りない ・ ない： ）	
	＜特記事項＞	<input type="checkbox"/> 嫌いな食品
整 容	歯 （ 自歯 ・ 義歯 ： 上・下 ・ なし ） 口腔洗浄 （ 自立 ・ 声掛け ・ 一部介助 ・ 全介助 ） 洗面・整髪 （ 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ） 爪・耳・髭剃り （ 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ）	<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
	＜特記事項＞	

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 ）	<input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パット
	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"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 尿器
	<特記事項>	状態：尿意（ ） 便意（ ） 排便：便秘・軟便・ 下痢 不潔行為 ・ 失禁
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	