

## 日常生活の状況について

ご利用者の日常生活の様子についてお伺いします。

現在、施設等をご利用の方は施設の職員の方に記入していただいても構いません。

記入年月日: 令和 年 月 日

氏名		生年月日	M・T・S	年	月	日
生活歴(出身地・学歴・結婚・職業等)						
日常生活の中で日頃楽しみにしていることや日中どのように過ごしているか、具体的にご記入下さい						
日常生活	身辺整理	1・自分で行う    2・声をかけると行う    3・好まない				
		(具体的内容 _____)				
日常生活	洗濯	1・自分で常時行う    2・自分でしない				
		<input type="checkbox"/> 手洗いが中心 <input type="checkbox"/> 洗濯機が中心 <input type="checkbox"/> 手洗い・洗濯機ともに使用する				
食事	食事種類	【主食】 ご飯( <input type="checkbox"/> 堅め <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 柔らかめ <input type="checkbox"/> 粥)				
		【副食】 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> その他( _____ )				
	摂取方法	1・箸    2・スプーン    3・フォーク    4・手づかみ				
	介助	1・自立    2・一部介助(具体的内容 _____)				
	量	1・多め    2・普通    3・少なめ    4・その日によりムラがある				
	アレルギー	1・なし    2・あり(具体的に _____)				
	好きな物	( _____ ) 嫌いな物( _____ )				
	嗜好品	1・酒    2・たばこ    3・その他( _____ )				
	料理作業	1・しない    2・する、時々する(具体的内容: _____)				
排泄	尿意	1・あり    2・なし    3・分からない				
	排泄	1・布パンツ使用    2・紙パンツ使用(常時・夜間)    3・パットの使用(常時・夜間)				
		昼) 1・自分で行く    2・介助者が付き添っていく    3・排尿の訴え時連れて行く 4・介助者が排尿の時間を見はからって連れて行く				
		尿失禁(なし・あり)    便失禁(なし・あり)				
	夜) 1・自分で行く    2・介助者が付き添っていく    3・排尿の訴え時連れて行く 4・介助者が排尿の時間を見はからって連れて行く					
	尿失禁(なし・あり)    便失禁(なし・あり)					
	方法	1. 和式    2. 洋式    3. ポータブルトイレ				

着替え	1・自分で着替えることができる ・必要以上に重ね着をすることがある (頻度 <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> まれにある)
	2・介助者が見守っていれば自分で着替えることができる (具体的内容: )
	3. 一部介助すれば着替えることができる (具体的内容: )
入浴	1・自分で入浴できる 2・介助者が見守っていれば自分で入浴できる
	3・一部介助が必要(具体的内容: ) 頻 度 週 回程度
移動	1・独立歩行 2・杖使用 3・歩行器使用 4・車椅子 ( <input type="checkbox"/> 介助必要 <input type="checkbox"/> 介助不要)
整容	洗面 1・自分で行う 2・声をかければできる 3・一部介助が必要
	整髪 1・自分で行う 2・声をかければできる 3・一部介助が必要
	義歯 1・義歯なし 2・義歯あり( <input type="checkbox"/> 自分で管理する <input type="checkbox"/> 介助者が管理する)

現在の症状	
会話	1. 普通 2. やや悪い 3. できない 4. その時々
物忘れ	1. 普通 2. 直前の事も忘れる 3. 2~3日前の事を忘れる
徘徊	1. しない 2. 一人で外に出たがる 3. 家の中で歩き回る
異食行為	1. なし 2. 食べ物でない物も口に入れる
精神状態	1. 穏やか 2. 怒りっぽい 3. その日により違う
暴力行為	1. なし 2. あり(具体的内容: )
自傷行為	1. なし 2. あり、以前にあった(具体的内容: )
睡眠状態	1. 良眠 2. 不眠 3. 昼夜逆転 4. 眠前薬服用
その他困っている事があればお書き下さい	

## 疾病に関する事項

現在治療中の病名

既往歴

現在飲んでいる薬

### 【記入者】

家族 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

ケアマネージャーまたは施設職員

事業所または施設名: \_\_\_\_\_ (電話番号: \_\_\_\_\_)

氏名 \_\_\_\_\_