

# 社会福祉法人 敬仁会 調査票

診察券 ID No. \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 様 ( 男 ・ 女 )

記入日: \_\_\_\_\_

所 属:(病棟等) \_\_\_\_\_

面接場所 \_\_\_\_\_

記録者: \_\_\_\_\_

身長: \_\_\_\_\_ cm      体重: \_\_\_\_\_ kg      (    /    現在)

【入院経過】      入院日: \_\_\_\_\_      主治医: \_\_\_\_\_ 先生

主病名: \_\_\_\_\_

既 往: \_\_\_\_\_

経 過: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 近い範囲なら <input type="checkbox"/> 判断不可			眼鏡	有 ・ 無	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声なら聞こえる <input type="checkbox"/> 耳元で聞こえる <input type="checkbox"/> 判断不可					
		※補聴器 <input type="checkbox"/> 有( 右 ・ 左 ・ 両耳 )			<input type="checkbox"/> 無		
	会話	<input type="checkbox"/> 明瞭 <input type="checkbox"/> やや不明瞭 <input type="checkbox"/> かなり不明瞭 <input type="checkbox"/> 話せない					
	意思	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 筆談					
	麻痺等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 麻痺( 左 ・ 右 ・ 上 ・ 下 ) <input type="checkbox"/> 筋力低下( 左 ・ 右 ・ 上 ・ 下 )					
	拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位 _____ )					
骨折	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位 _____ )						
食事	形態	主食 ( _____ )   副食 ( _____ )   指示エネルギー量:( _____ )kcal					
	制限・禁止理由	<input type="checkbox"/> 有( _____ ) <input type="checkbox"/> 無 理由(嗜好、Dr指示、服薬内容による、アレルギー等詳細)					
	トロミ	<input type="checkbox"/> 要 ( 主食 ・ 副食 ・ 汁 ・ 水分 / 強 ・ 中 ・ 弱 ) <input type="checkbox"/> 不要					
	介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	水分飲用量	飲用目標量( _____ )ml		実際の平均飲用量( _____ )ml			
	水分制限	<input type="checkbox"/> 有(制限 _____ )ml <input type="checkbox"/> 無					
	歯	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 義歯(両/上/下) <input type="checkbox"/> なし		場所			
	食欲	有 ・ 無 ・ ムラあり		ペース	早 ・ 遅 ・ 普通		
	食具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> その他( _____ )					
	食器	自助食器: <input type="checkbox"/> 有( 主食 ・ 副食 ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他( _____ )					
	摂取量(1日平均)	主食:                      割		副食:                      割			
	ムセ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		飲み込み	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良		
	経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻		(カテーテル種類: _____ )			
	経管栄養種類						
	量	朝:              昼:              夕:		微温湯	朝:              昼:              夕:		
痰吸引	食前( 有 ・ 無 )		日中( _____ 回)	夜間( _____ 回)			

排泄		尿意: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 失禁あり 便意: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	日中	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> 尿取り <input type="checkbox"/> 布オムツ <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> フォーレ(1日の尿量 )		
	夜間	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> 尿取り <input type="checkbox"/> 布オムツ <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> フォーレ		
	トイレ	失禁: 有・無	回数 日中 ( ) 夜間 ( )	
		介助: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助(介助内容: ) <input type="checkbox"/> 全介助		
	便秘	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 下剤( ) <input type="checkbox"/> 摘便		
その他				
入浴	方法	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> していない		
	移動	<input type="checkbox"/> 歩行自立 <input type="checkbox"/> 手引き歩行 <input type="checkbox"/> チェア <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
	洗身・洗髪	洗身(自立 一部介助 全介助) 洗髪(自立 一部介助 全介助)		
	更衣	上衣(自立 一部介助 全介助) 下衣(自立 一部介助 全介助)		
	その他			
褥瘡など	褥瘡: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位 ) 皮膚疾患: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) 疥癬の既往: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位 )			
整容	口腔ケア	歯磨き うがい ガーゼ清拭	義歯洗浄方法:	
		<input type="checkbox"/> 一人で出来る <input type="checkbox"/> 準備・一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 介助		
	介助	<input type="checkbox"/> 整髪 <input type="checkbox"/> 洗顔 <input type="checkbox"/> 爪切り <input type="checkbox"/> 髭剃り <input type="checkbox"/> 耳かき		
	その他			
動作面	寝返り	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば出来る <input type="checkbox"/> 出来ない		
	起上がり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば出来る <input type="checkbox"/> 出来ない		
	端座位	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば出来る <input type="checkbox"/> 出来ない		
	立位(保持)	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば出来る <input type="checkbox"/> 出来ない		
	移乗	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助		
	移動	(方法)	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行車 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> ローレーター <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> 離床していない	
		(介助)		
その他	(禁忌事項、介助への抵抗等)			
居室	移乗バー	右・左・無	布団・マットレス(一般型・除圧型)・エアーマット (起居側・ベッド柵やタンス・ポータブルトイレの位置...)	
				
	センサー	<input type="checkbox"/> 有(種類: / 設置場所: ) <input type="checkbox"/> 無 (窓側、ベッド壁付け、畳部屋、多床室...)		
その他				

日中	過ごし方	
夜間	就寝時間:( )時頃 起床時間:( )時頃	
	睡眠: <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> まあまあ眠れる <input type="checkbox"/> ほとんど眠れない <input type="checkbox"/> 眠剤あり( )	
認知症状	(中核症状)	
	(行動心理症状)	
	(意思の伝達) <input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> 理解できない	
	(職員の指示) <input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> 理解できない	
	(抑制) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位: 必要性: )	
	(抑制を行う時間帯) <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜間帯	
	(車イス離床時)	立ち上がり行為 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	安全ベルトの必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
貴金属等		
金銭管理		
その他	(生活の拘りや習慣等の特別な対応・家族の協力や面会状況等)	
施設生活での留意事項		

【その他】

- ・感染症: なし あり ( \_\_\_\_\_ )
- ・処置等: なし あり ( \_\_\_\_\_ )
- ・抑制: なし あり ( \_\_\_\_\_ )
- ・他科受診: なし あり ( \_\_\_\_\_ )
- ・コロナワクチン接種: なし あり 回目 令和 年 月 日
- ・コロナ感染症の有無: なし あり 感染日 令和 年 月 日
- ・インフルエンザ予防接種: なし あり ( \_\_\_\_\_ )

医学的な留意点