

通所リハビリテーション 利用者個人票

令和 年 月 日 記入

利用者氏名: _____

記入者氏名: _____

続 柄: _____

心身状況等について

現 病 名	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			
既 往 歴	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			
現在の処方薬				
薬 の 内 服	1 一人で出来る 2 仕分け、準備、服薬確認など手伝い必要 3 全てにおいて援助が必要			
感 染 症	インフルエンザ予防接種 (接種済・未接種) ※接種日 年 月 日 結核の既往 (あり・なし) 薬剤アレルギー (あり・なし)			
感染症既往歴	1 なし 2 あり(病名: 年 月頃) 家族・関係者の発症 1 なし 2 あり			
床 ず れ 等	床ずれ	1 あり ()	皮膚疾患	1 あり ()
		2 なし		2 なし
基 本 動 作	歩 行	屋内	1 掴まらず可能 2 何かに掴まれば可能 3 福祉用具(杖／歩行器／歩行車) 4 不可	
		屋外	1 掴まらず可能 2 何かに掴まれば可能 3 福祉用具(杖／歩行器／歩行車) 4 不可	
	車椅子の使用	1 自走式車椅子 2 介助用車椅子 3 リクライニング車椅子		
		a 一人で操作出来る b 手伝って貰えば出来る c 全て手伝いが必要		
	移 乗	1 一人で出来る 2 見守りが必要(介護側の指示を含む) 3 何かの手伝いが必要 4 全て手伝いが必要		
	立 ち 上 が り	1 つかまらないうで出来る 2 何かにつかまれば出来る 3 出来ない		
	起 き 上 が り	1 つかまらないうで出来る 2 何かにつかまれば出来る 3 出来ない		
	寝 返 り	1 つかまらないうで出来る 2 何かにつかまれば出来る 3 出来ない		
	立 位 保 持	両足	1 支えなしで出来る 2 何かにつかまれば出来る 3 出来ない	
		片足	1 支えなしで出来る 2 何かにつかまれば出来る 3 出来ない	
座 位 保 持 (両足について)	1 一人で支えなしに出来る 2 自分の手で支えて出来る 3 人や物に支えて貰えば出来る 4 出来ない			
	1 一人で支えなしに出来る 2 自分の手で支えて出来る 3 人や物に支えて貰えば出来る 4 出来ない			
筋力低下部位 (日常生活に支障がある)	1 なし 2 左上肢 3 右上肢 4 左下肢 5 右下肢			
	6 その他()			
関 節 の 動 く 範 囲 の 制 限	1 なし 2 肩関節 3 肘関節 4 股関節 5 膝関節			
	6 足関節 7 その他()			

食 事	食 事 形 態	主食 () 副食 () 経管栄養			トロミ剤使用 有 ・ 無	
	食 事 摂 取	1 自分で摂れる (自助具使用可)	2 介助は必要ない が見守り指示必要	3 食事の際に何らか の介助が必要	4 自分で食べる ことが出来ない	
	飲 み 込 み	1 出来る	2 見守り(介護側の指示含む)	3 トロミ剤使用	4 出来ない	
	自 助 具 等	なし ・ あり (スプーン ・ フォーク ・ 介助食器 ・ エプロン)			その他 ()	
	義歯の使用	1 なし 2 あり () ポリデント使用 / なし ・ あり				
	アレルギー	なし ・ あり ()				
	好 き 嫌 い	なし ・ あり ()				
入 浴	洗 身	1 一人で出来る 2 見守り、少しの手伝いで出来る 3 全てに手伝いが必要				
	洗 髪	1 一人で出来る 2 見守り、少しの手伝いで出来る 3 全てに手伝いが必要				
	衣 服 着 脱	ア.ボタン	1 一人で出来る	2 見守り(介護側の指示を含む)	3 なんらかの手伝いが必要	4 全て手伝いが必要
		イ.上 衣	1 一人で出来る	2 見守り(介護側の指示を含む)	3 なんらかの手伝いが必要	4 全て手伝いが必要
		ウ.ズボン	1 一人で出来る	2 見守り(介護側の指示を含む)	3 なんらかの手伝いが必要	4 全て手伝いが必要
エ.靴 下	1 一人で出来る	2 見守り(介護側の指示を含む)	3 なんらかの手伝いが必要	4 全て手伝いが必要		
排 尿	尿 意	1 あり 2 時々 3 なし 備 考 ()				
	後 始 末	1 きちんとおこなう 2 排尿失敗時の便器の掃除等、間接的な援助が必要。 3 汚れたところを拭く等、直接本人に触れる介助が必要。人工膀胱。 4 オムツ使用。場所を問わず排尿する。				
排 便	便 意	1 あり 2 時々 3 なし 備 考 ()				
	後 始 末	1 きちんとおこなう 2 排便失敗時の便器の掃除等、間接的な援助が必要。 3 汚れたところを拭く等、直接本人に触れる介助が必要。人工肛門。 4 オムツ使用。場所を問わず排便する。				
清 潔	ア.歯 磨 き	1 一人で出来る	2 準備、手伝いが必要	3 全て手伝いが必要		
	イ.洗 顔	1 一人で出来る	2 準備、手伝いが必要	3 全て手伝いが必要		
	ウ.整 髪	1 一人で出来る	2 準備、手伝いが必要	3 全て手伝いが必要		
	エ.爪 切 り	1 一人で出来る	2 準備、手伝いが必要	3 全て手伝いが必要		
視 力		1 普通(生活に支障なし) 2 1m位は見える 3 目の前は見える 4 ほとんど見えない(全盲) 5 判断不能				
聴 力		1 普通(生活に支障なし) 2 やっと聞き取れる 3 大声で可能 4 ほとんど聞こえない 5 判断不能				
意思の伝達		1 出来る 2 時々出来る 3 特定の人に出来る 4 出来ない。又は判断不能				
指示への反応		1 理解し反応出来る 2 時々、適切な反応をする 3 指示と異なる反応。又は反応なし				
ひどいもの忘れ		1 ない(1か月に1度もない) 2 時々ある(1か月に1度以上) 3 ある(1週間に1度以上)				
認 知 症 状	幻聴・幻覚	あり / なし		不潔行為	あり / なし	
	被害的妄想	あり / なし		収集癖(物を集める)	あり / なし	
	不安・焦燥感	あり / なし		性的な言動	あり / なし	
	昼夜逆転	あり / なし		介護拒否	あり / なし	
	暴言・暴力	あり / なし		徘徊	あり / なし	
	帰宅願望	あり / なし		異食(食べ物以外を食べる)	あり / なし	

かかりつけの医師(主治医)※かかりつけ医がいる場合記入下さい

1. いる 2. いない	かかりつけ病院	要 介 護 度
	主治医名	