## 心身現況表

依頼日	令和	年	月	日	被保険	者番号					
ふりがな					要介護度	1 •	2 •	3 ·	4 •	5	
利用者氏名			様(男	・女)	認定期間	令和 令	年 和	: <b>~</b> 年	月月	日	日
生年月日		明治·	大正 ・ 昭	和	年	月	日(		歳)		

⟨生	活歴・お凩に	リー・レント	ごりのご希望:	などございまし	たらご記入くださ	<1.12		
`	COLL S	)	- 707 C 117 E	<i>x x</i>		. • /		
	麻痺	の有無	□なし	口左上肢	口右上肢	□左下肢	口右下肢	
身	可動	域制限	□なし	□肩関節	□肘関節	□股関節	□膝関節	
	身長	cm   体重kg						
体								
					A =1	- 15 - 5:		
±==	寝返り	できる	· 一部介		介助 • 体位交	E換必要		
	起き上がり		・一部介	r助 ・ 要: ぶあればできる	介助 - できな!	`		
居	座位保持	できる	・ 又えが しでできる		・ できなし あればできる		·1 ·	
動	立位保持 立ち上がり		」。。  ずにできる		かれは Cさる  掴まればできる	・ できな ・ できな		
作	立っエル・9	一個より	712 62-0	F] 13 1 C	国を1018 くこの	C C '6	*··	
移	歩行	できる	<ul><li>見守り</li></ul>	• 一部分	↑助 ・ できた	えい		
動	使用器具	なし	• 杖	<ul><li>步行器</li></ul>			車椅子 口自操	口介助
	移動	自立	・見守り	・一部介助				
移	移乗	自立	<ul><li>見守り</li></ul>	・一部介助	• 全介即	力 		
乗								
	嚥下	口出来る	口見守り等	□出来な	い ムセ	口無	□有	
	摂取	口自立	□見守り等	□一部介助	口全介助	摂取量		
	主食	口普通	□軟飯	□全粥				
	副食	□普通	ローロ大	ロキザミ	□極キザミ	□ミキサー食	<u> </u>	
食	治療食	ロなし	□あり					
事	누ㅁミ			k分のみ · i				
,	アレルギー	ロなし	□あり( T	Т		) 		
		食べ物	, 並7人 1	歩 % 3 #	嫌いな食べ物	<u></u> 却八:	1	
	義歯 	上: 自菌	部分入	歯 総入菌	下:自	歯 部分之	入歯 総入歯	

	日中	トイレ ・ ポータブルトイレ   /  リハビリパンツ ・  パット ・  オムツ
	夜間	トイレ ・ ポータブルトイレ   /  リハビリパンツ ・  パット ・ オムツ
排		自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
泄	 尿意	有・無・失敗あり 便意 有・無・失敗あり
入	入浴	自立 ・ 見守り ・一部介助 ・ 全介助
浴 •	上着衣	自立 ・ 見守り ・一部介助 ・ 全介助
着	下着衣	自立 ・ 見守り ・一部介助 ・ 全介助
脱 •	洗面	自立 ・ 見守り ・一部介助 ・ 全介助
洗 面		
п ш п	視力	日常生活に支障なし 目の前が見える ほとんど見えない 判断不可
	聴力	日常生活に支障なし 普通の声がやっと聞こえる 大声が聞き取れる ほとんど聞こえない
_ _	会話	日常に支障なし 簡単な会話なら可 できない
ケー	認知症	なし ・ あり( 軽度 ・ 中度 ・ 重度 )
ション		
精神	□なし □あり	□幻視·幻聴 □大声·奇声を出す □暴言 □暴力 □介護への抵抗 □帰宅願望 □徘徊 □不潔行為 □収集癖 □昼夜逆転 □性的問題行動 □異食行為
行 動障害		
睡	睡眠状況	良好不良
眠	眠剤	無有
	特別な 医療	□透析 ( 回/週) □経管栄養 (□胃婁 □経鼻 ) □酸素療法
		口点滴管理 口床ずれ処置 口中心静脈栄養 口人工肛門 ロバルーンカテーテル
	医療	□点滴管理 □床ずれ処置 □中心静脈栄養 □人工肛門 □バルーンカテーテル □インシュリン ( /日) □注射( ) □その他( )
	医療	ロインシュリン ( /日) 口注射( ) 口その他( )   年 月 日   年 月 日
医		ロインシュリン ( /日) 口注射( ) 口その他( )   年 月 日   年 月 日   年 月 日
医療情	医療	ロインシュリン ( /日) 口注射( ) 口その他( )   年 月 日   年 月 日   年 月 日   年 月 日
医療情報	医療	口インシュリン ( /日) 口注射( ) 口その他( )   年月日   年月日   医療機関名: 主治医名:
医療情報	既往歴	ロインシュリン ( /日) 口注射( ) 口その他( )   年月日   年月日   年月日   年月日   医療機関名:   主治医名:
医療情報	既往歴 主治医 他科受診	ロインシュリン ( /日) 口注射( ) 口その他( )     年月日     年月日     年月日     年月日     医療機関名:     主治医名:     医療機関名:     主治医名:     主治医名:
医療情報	既往歴 主治医 他科受診	ロインシュリン (
医療情報	既往歴 主治医 他科受診	ロインシュリン (
医療情報	医療 既往歴 主治医 他科受診 他科受診	ロインシュリン (
療情報	医療 既往歴 主治医 他科受診 他科受診	ロインシュリン ( / 日) 口注射( ) 口その他( )     年月日     年月日     年月日     医療機関名:   主治医名:     電話番号:   主治医名:     医療機関名:   主治医名:     医療機関名:   主治医名:     新型コロナウイルスワクチン   済(回目:摂取日 )・未     インフルエンザワクチン   済(摂取日 )・未
療情報	医療既往歷主治世科受診他科受診予防接種	ロインシュリン (
療情報	医療既在歷主 科科受診也科學他科 方 接種AA	ロインシュリン ( / 日) 口注射( ) 口その他( )     年月日     年月日     年月日     医療機関名:   主治医名:     電話番号:   主治医名:     医療機関名:   主治医名:     医療機関名:   主治医名:     新型コロナウイルスワクチン   済(回目:摂取日 )・未     インフルエンザワクチン   済(摂取日 )・未