

身体状況についての確認書

入所希望者 氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
認知症などによる状況	入所希望者の認知症などによる状況について、すべての項目にチェックしてください。 介護支援専門員等と相談の上、介護保険の要介護認定基本調査の情報を参考に記入してください。 ◆ 「ない」とは、過去1ヶ月間に1度も現れたことがない場合やほとんど月1回以上の頻度では現れない場合をいいます。 ◆ 「ときどきある」とは、少なくとも1ヶ月間に1回以上、1週間に1回未満の頻度で現れる場合をいいます。 ◆ 「ある」とは、少なくとも1週間に1回以上の頻度で現れる場合をいいます。					
	A	徘徊(室内を含む)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
		暴言や暴行がある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
		排泄物をいじる等の不潔な行動がある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
	B	外出すると戻れない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
		介護に抵抗する	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
		一人で外に出たがり、目が離せない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
		ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
		転倒転落の危険があり、目が離せない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
	C	物を盗られたなどと被害的になる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
	作り話をする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある		
	昼夜の逆転がある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある		
	しつこく同じ話をする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある		
	大声や奇声を出す	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある		
	色々な物を集めたり、無断でもってくる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある		
	物を壊したり、衣類を破いたりする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある		
身体状況	入所希望者の身体状況について、すべての項目にチェックしてください。 介護支援専門員等と相談の上、介護保険の要介護認定基本調査の情報を参考に記入してください。					
	入浴(清拭を含む)	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	移乗	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	移動	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらなくてできる	<input type="checkbox"/> つかまればできる	<input type="checkbox"/> できない		
	食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	排尿	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	排便	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	