

生活・健康状態等確認書

※ご家族様がお分かりになる範囲で結構ですので、ご記入ください。

| | | | | | |
|---------------|-------------|--------|---------------------------|----------|---------|
| ふりがな | | 年 齢 | 生年月日 | 受付年月日 | H 年 月 日 |
| 氏名 | 男 様 女 | 歳 | M T S 年 月 日 | 受付担当者 | |
| 自宅住所 | 〒 - | | | 電話番号 | () |
| 介護保険 保険者番号 | | | 介護保険 被保険者番号 | | |
| 交付年月日 | H 年 月 日 | | 認定年月日 | H 年 月 日 | |
| 介護度 | 要支 要介 | 介護認定期間 | H ~ H | 身長 | cm |
| | | | | 体重 | kg |
| 連絡先氏名 | | 続柄 | 住所 | 電話 | |
| ① | 様 | | 〒 | 自宅 携帯 | |
| ② | 様 | | 〒 | 自宅 携帯 | |
| ③ | 様 | | 〒 | 自宅 携帯 | |

健康状態 I (現在までの健康状態についてお分かりになる範囲でご記入下さい)

| 今までに患った病気 | 発症及び診断年月日 | 治療内容(内服・手術・検査) | 後遺症の有無 |
|-----------|-----------|----------------|--------|
| 脳梗塞 | | | |
| 脳出血 | | | |
| パーキンソン病 | | | |
| 高血圧 | | | |
| 狭心症 | | | |
| 心筋梗塞 | | | |
| 不整脈 | | | |
| 心不全 | | | |
| 腎不全 | | | |
| 前立腺肥大 | | | |
| 気管支炎 | | | |
| 肺結核 | | | |
| 胃潰瘍 | | | |
| 十二指腸潰瘍 | | | |
| 肺炎 | | | |
| 糖尿病 | | | |
| リウマチ | | | |
| 白内障 | | | |
| 腫瘍 | | | |
| 骨折 | | | |
| 骨粗しょう症 | | | |
| 現在の主治医 | (科) | | |
| 緊急時の依頼先 | | | |
| 現在のケアマネ | 事業所名 | 担当ケアマネ | 電話番号 |
| | | | |

健康状態Ⅱ (精神の状態を含めた現在の機能についてご記入ください)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---|-------|---------|------|----|------|------|-------|----|------|------|------|----|------|-------|----|---------|
| 精神・心理状態 | <p>平常</p> <p>問題状況有り 認知症 (重 ・ 中 ・ 軽)</p> <p>(気付いた時期 年 月 頃)</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>失見当</td> <td>記銘力低下</td> <td>記憶障害</td> <td>徘徊</td> </tr> <tr> <td>不潔行為</td> <td>自傷行為</td> <td>攻撃的行為</td> <td>興奮</td> </tr> <tr> <td>不穏行為</td> <td>睡眠障害</td> <td>心気傾向</td> <td>幻覚</td> </tr> <tr> <td>抑鬱状態</td> <td>せん妄状態</td> <td>焦燥</td> <td>短期記憶の有無</td> </tr> </table> | 失見当 | 記銘力低下 | 記憶障害 | 徘徊 | 不潔行為 | 自傷行為 | 攻撃的行為 | 興奮 | 不穏行為 | 睡眠障害 | 心気傾向 | 幻覚 | 抑鬱状態 | せん妄状態 | 焦燥 | 短期記憶の有無 |
| 失見当 | 記銘力低下 | 記憶障害 | 徘徊 | | | | | | | | | | | | | | |
| 不潔行為 | 自傷行為 | 攻撃的行為 | 興奮 | | | | | | | | | | | | | | |
| 不穏行為 | 睡眠障害 | 心気傾向 | 幻覚 | | | | | | | | | | | | | | |
| 抑鬱状態 | せん妄状態 | 焦燥 | 短期記憶の有無 | | | | | | | | | | | | | | |
| 思考力状態 | (やや緩慢 緩慢 かなり緩慢) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 視力状態 | (メガネ 有 ・ 無) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 聴力状態 | (補聴器 有 ・ 無 難聴 有 ・ 無) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 言語状態 | () | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 知覚障害 | () | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 運動機能状態 | (麻痺 有 ・ 無 立ち上がり 可能 ・ 不可能) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | () | | | | | | | | | | | | | | | | |

装身器具 眼鏡 コンタクトレンズ 補聴器 車椅子 杖 歩行器 義肢
 コルセット 義歯(総 ・ 部分)
 その他()

| アレルギー | 服薬中の薬 | 日頃の血圧 |
|---------|-------|-------|
| 食物 () | | / |
| 薬物 () | | 日頃の体温 |
| その他 () | | ℃ |

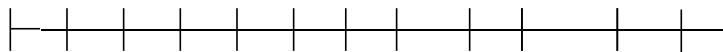
日常生活状態 (日常生活での動作や習慣についてご記入下さい)

ADLと具体的な介助方法

| | |
|-----|------------------------|
| 食 事 | 自立・介助 (・食事時間 分位 介助方法) |
| 排 泄 | 自立・介助 (・尿意、便意 有・無) |
| 入 浴 | 自立・介助 (・入浴時間 分位) |
| 着 脱 | 自立・介助 () |
| 洗 面 | 自立・介助 () |
| 歩 行 | 自立・介助 () |
| その他 | |

日常生活習慣

平均的な一日の過ごし方 6 8 10 12 14 16 18 20 22 0 2 4 6



| | | | |
|-----|---------------------------|----------|---------|
| 食 事 | 主 食 (ごはん・お粥・流動・パン) | 嗜好品 | たばこ 本/日 |
| | 食事制限の有・無 | | アルコール |
| | 副 食 (普通・ほぐす・刻む・ミキサー・流動) | | コーヒー |
| | 好きな物 () | | |
| | 嫌いな物 () | | |
| | 牛 乳 (可 ・ 否) | | |
| 睡 眠 | 良眠・不眠 (常用薬) | ・ 平均睡眠時間 | 時間位 |
| 排 泄 | 排便 回/日 ・ 排尿 回/日 | 清潔 | 入浴 回/週 |
| | 日中の場所・方法 | | 洗髪 回/週 |
| | 夜間の場所・方法 | | |

家族歴 ・ 社会生活 (今までの社会生活、ご家族についてご記入下さい)

出身地

学 歴

職 歴

生活やライフスタイル、ご性格に関すること

日課、趣味や興味に関すること

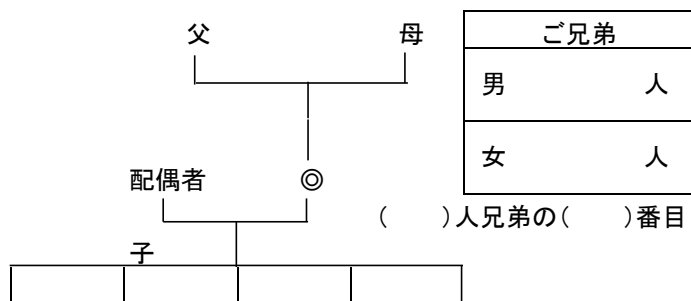
定期購読の新聞や雑誌 (ご入居後の購読希望など)

宗教

その他マザアス側に伝えておきたいこと (ご希望など)

以上、差し支えない範囲でできるだけ詳しくご記入下さい。

家族構成



(家族的素因)

癌 糖尿病 高血圧 喘息 心臓病

脳卒中 胃潰瘍 結核 リウマチ

精神神経症 腎臓病