

身体調査票

記入年月日：令和 年 月 日

利用者氏名： 様

(記入者名： 職種：)

*各項目について該当する内容を○で囲み、必要に応じて補足事項をご記入ください。
利用中の医療機関・施設の看護・介護スタッフの方、また自宅におられる場合は、担当のケアマネジャーの方に記入を依頼して下さい。

*お手数ですが、薬剤情報やフェイスシート等も併せて添付いただければ幸いです。

障害高齢者の日常生活自立度	自立 • J 1 • J 2 • A 1 • A 2 • B 1 • B 2 • C 1 • C 2		
認知症高齢者の日常生活自立度	自立 • I • IIa • IIb • IIIa • IIIb • IV • M		
項目	内 容		
主病名・主な病歴			
申し込みに至った 経過			
医療 状況	身長： 体重：	cm kg	胃ろう・経管栄養・吸引・酸素吸入・褥瘡・インシュリン注射・人工肛門 バルーンカテーテル・その他 ()
食事	自立・見守り・一部介助・全介助 介助程度 () 形態 (主) : 米飯・軟飯・全粥・ () (副) : 常菜・軟菜・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー () 制限: なし・カロリー・塩分・水分・その他 () 使用しているもの: 箸・スプーン・フォーク・自助具・エプロン とろみ: なし・あり むせ込み: なし・あり 摂取量: () ~ () 割 アレルギー: なし・あり ()		
口腔ケア	口腔状況: 自分の歯・残根のみ・歯茎 義歯の有無: なし・あり 義歯の取り外し: できる・できない 義歯の洗浄: できる・できない 歯磨き: 自立・見守り・一部介助・全介助 介助程度 () うがい: できる・できない		
入浴	洗身・洗髪: 自立・見守り・一部介助・全介助 介助程度 () 形態: 一般浴槽・機械浴槽・その他 () 浴槽の出入り: 自立・見守り・一部介助・全介助		
更衣	自立・見守り・一部介助・全介助 介助程度 ()		
排泄	昼 間	頻度 (回)	自立・見守り・一部介助・全介助 介助程度 () トイレ・ポータブルトイレ・尿器・カテーテル 布パンツ・紙パンツ・オムツ・パット
	夜 間	頻度 (回)	自立・見守り・一部介助・全介助 介助程度 () トイレ・ポータブルトイレ・尿器・カテーテル 布パンツ・紙パンツ・オムツ・パット
移動	尿意: あり・あいまい・なし 尿失禁: あり・ときどき・なし 便意: あり・あいまい・なし 便失禁: あり・ときどき・なし		
移乗	自立・見守り・一部介助・全介助 介助程度 ()		

起居動作	寝返り : 自立・見守り・一部介助・全介助 介助程度 ()
	起き上がり : 自立・見守り・一部介助・全介助 介助程度 ()
	座位保持 : 自立・見守り・一部介助・全介助 介助程度 ()
	立ち上がり : 自立・見守り・一部介助・全介助 介助程度 ()
	立位保持 : 自立・見守り・一部介助・全介助 介助程度 ()

視力 (眼鏡:あり・なし)	正常 (右・左) ・ 見えにくい (右・左) ・ 見えない (右・左)
聴力 (補聴器:あり・なし)	正常 (右・左) ・ 聞こえにくい (右・左) ・ 聞こえない (右・左)
言語	明瞭・やや聞きとりにくい・不明瞭・発語なし ()
意思の伝達	できる・ときどきできる・ほとんど不可・できない
会話	成立・不確実・成立しない()
麻痺	なし・左上肢・左下肢・右上肢・右下肢・その他 ()
拘縮	なし・左上肢・左下肢・右上肢・右下肢・その他 ()
痛み	なし・あり (部位:)
かゆみ	なし・あり (部位:)
寝具環境	ベッド:一般・電動・低床・床布団 マット:一般・無圧マット・エアマット
夜間の様子	睡眠時間: () 時頃から () 時まで就寝 睡眠状況: よく眠れる・眠れないことがある・眠れない () 睡眠薬等:なし ・あり 薬剤名:
身体拘束・抑制について	なし・つなぎ服・ミトン・安全ベルト・4点柵・センサー その他 () (理由:)

*該当する症状に○をご記入ください。

暴言 ・ 暴力行為 ・ 不潔行為 ・ 大声を出す ・ 独語 介助への拒否・抵抗 ・ 異食行動 昼夜逆転 ・ 帰宅願望 ・ 幻視・幻聴 ・ 性的行動 ・ 排徊 ・ 作話 ・ 同じ話を繰り返す 感情が不安定になる ・ その他 ()
--

*上記の症状がある際は具体的に状況や頻度をご記入ください。

*その他 特記事項

*夜間に対応が必要なことがあればご記入ください。