

問5 記憶や自分の意志について（各項目ごとにチェック☑）

- ①前日の事や直前に食べたものを思い出せないことがありますか？
ある ない
- ②お金の管理や薬の服用、日々の予定の管理ができますか？
一人でできる 戸惑うができる 誰かの手助けが必要 まったくできない
- ③自分の思っていることを、人に伝えられることができますか？
伝えられる いくらか困難 具体的な要求に限定 伝えられない

問6 日常生活で問題となる行動について（あてはまるもの全てにチェック☑）

実際には無いものが見える、実際には聞こえない音や声が聞こえる	幻覚・幻聴
大事なものが盗まれた、他人が悪口を言っていると言うことがある	妄想
昼間に寝て、夜になるとゴソゴソして動き、騒ぐことがある	昼夜逆転
介護する人などに、ひどい言葉を吐くことがある	暴言
介護する人などに、暴力をふるう	暴力
介護されるのを拒むことがある	介護への抵抗
あてもなく歩き回る、帰ってこれなくなることがある	徘徊
ガスコンロの火の消し忘れや、鍋を焦がしたことがある	火の不始末
排便の後、便に触る、便で汚す等の行為が見受けられる	不潔行為
紙や消しゴム等を口に入れ、食べることがある	異色行動
周囲の人が迷惑するような性的行動がある	性的問題行動
その他	

問7 身体の状態について当てはまるものに記入

利き腕（右・左）

身長 _____ c m 体重 _____ k g （過去6か月の体重の変化） 増加・維持・減少

- 四肢欠損（部位 _____）
- 麻痺 右上肢・左上肢
 右下肢・左下肢
 その他（部位 _____）
- 筋肉の低下（部位 _____）
- 関節の拘縮（部位 _____）
- 関節の痛み（部位 _____）
- 失調・不随運動 ・上肢 右・左
 ・下肢 右・左
- 褥瘡（部位 _____）
- その他の皮膚疾患（部位 _____）

問8 日常生活について（それぞれの項目から1つを選びチェック☑）

- | | | | | | |
|---------|---|-------------|-------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| ・移動 | } | 屋外歩行 | <input type="checkbox"/> 一人でできる | <input type="checkbox"/> 介護が必要 | <input type="checkbox"/> していない |
| | | 車いすの使用 | <input type="checkbox"/> 使用していない | <input type="checkbox"/> 屋外で操作 | <input type="checkbox"/> 他人が操作 |
| | | 歩行補助具・装具の使用 | <input type="checkbox"/> 使用していない | <input type="checkbox"/> 屋外で使用 | <input type="checkbox"/> 屋内で使用 |
| ・栄養・食生活 | } | 食事行為 | <input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる | <input type="checkbox"/> 全面介助 | |
| | | 栄養状態 | <input type="checkbox"/> 良い | <input type="checkbox"/> 良くない | |

問9 現在困っていること、また将来困るであろうこと（あてはまるもの全てにチェック☑）

- | | | | | |
|----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 尿失禁・オムツ使用 | <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 | <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 | <input type="checkbox"/> 褥瘡 | <input type="checkbox"/> 心肺能力の低下 |
| <input type="checkbox"/> 外に出たがらない | <input type="checkbox"/> 意欲低下 | <input type="checkbox"/> 徘徊 | <input type="checkbox"/> 栄養状態の低下 | |
| <input type="checkbox"/> 飲食時、嚙めない、飲めない | <input type="checkbox"/> 水分の飲む量が少ない | <input type="checkbox"/> 傷口が膿みやすい | | |
| <input type="checkbox"/> 癌等による痛み | <input type="checkbox"/> その他（ | | | ） |

問10 医学的管理の必要性（あてはまるもの全てにチェック☑）

- | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 訪問診療 | <input type="checkbox"/> 訪問看護 | <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 | <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 | <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション |
| <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 | <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 | <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション | |
| <input type="checkbox"/> 老人保健施設 | <input type="checkbox"/> 介護医療院 | <input type="checkbox"/> その他医療系サービス・デイケア | | |
| <input type="checkbox"/> 特記すべき項目なし | | | | |

○その他特記すべき事項

（日常生活のうえで不便と感ずることがありましたら、なんでも結構ですので記入してください。）