

介護老人保健施設 三鷹中央リハケアセンター 利用者状況調査票（1/2）

記入者	施設名		記入日	平成	年	月	日
	記入者		職 種				

利用者	ふりがな		性 別	男・女			
	氏 名		生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日（ ）

移 動	歩 行	自立・見守り・介助が必要（内容_____）・全介助					
	補助具	手すり・杖・補装具・歩行器・シルバーカー・その他（_____）					
	車椅子	自立・見守り・介助が必要（_____）・全介助					
	階段昇降	自立・訓練中・できない					
	転倒歴	なし・あり（内容_____）					
移 乗	施設内	移動方法：					
	移 乗	自立・見守り・介助が必要（内容_____）・全介助					
立ち上り 起き上り	補助具	L字バー・タッチアップガード・その他（_____）					
	立上り	自立・見守り・介助が必要（内容_____）・全介助					
食 事	起上り	自立・見守り・介助が必要（内容_____）・全介助					
	食 事	自立・見守り・介助が必要（内容_____）・全介助					
	補助具	箸・スプーン/フォーク・自具具・エプロン ⇒（補足_____）					
	義 歯	あり（上：部分・総入れ歯/下：部分・総入れ歯）・なし（自歯・歯肉のみ）					
	食 種	一般食・糖尿病食・心臓病食・経管・胃瘻 ⇒（詳細：_____）					
		エネルギー_____kcal/塩分_____g/その他（_____）					
	食形態	主 食	米飯・軟飯・全粥・ペースト・パン				
		副 食	常菜（形・一口大） 軟菜（一口大・刻み1cm・極刻ム・ス・ペ・スト・_____）				
	アレルギー						
	禁忌食						
嗜 好							
嚥 下	良好・やや困難・困難	トロミ使用	なし・あり				
摂取時間	30分以内・1時間・1時間以上	平均摂取量	全体の_____割り				
排 泄	日 中	自立・介助が必要（内容：_____）・全介助					
	夜 間	布パンツ・パット・リハビリパンツ・オムツ・ホータブルトイレ・尿器・バル留置・ストマ・他（_____）					
		自立・介助が必要（内容：_____）・全介助					
	尿 意	なし・あり ⇒ 日中_____回・夜間_____回・定時誘導（交換）・随時					
便 意	なし・あり ⇒ 排便間隔_____日おき・定期的に処置を行う・随時						
入 浴	動 作	自立・見守り・介助が必要（内容_____）・全介助					
	方 法	一般浴・個浴・機械浴・シャワー浴・その他（_____）					
	移動方法	介助歩行・シャワーチェア・リフト	階 段	なし・あり			
更 衣	上半身	自立・見守り・介助が必要（内容_____）・全介助					
	下半身	自立・見守り・介助が必要（内容_____）・全介助					
歯磨き	自立・見守り・介助が必要（内容_____）・全介助・していない						
整 髪	自立・見守り・介助が必要（内容_____）・全介助・していない						
洗 顔	自立・見守り・介助が必要（内容_____）・全介助・していない						
髭剃り	自立・見守り・介助が必要（内容_____）・全介助・していない						

介護老人保健施設 三鷹中央リハケアセンター 利用者状況調査票 (2/2)

麻痺	なし・あり(部位 )				
拘縮	なし・あり(部位 )				
構音障害	なし・あり ⇒ 聞き取りにくい・聞き取れない				
失語症	理解	している・していない			
	言葉	でる・でない			
服薬	自立・見守り・介助が必要(内容 )・全介助				
皮膚状態	処置必要	なし・あり(具体的な内容 )			
視力障害	なし・あり(右・左)	眼鏡使用	なし・あり	点眼薬	なし・あり
聴力障害	なし・あり(右・左)	補聴器使用	なし・あり		
認知症	なし・あり(診断名 ) / HDS-R _____点 / MMSE _____点				
意思の疎通	良好・単純な会話は可能・単文やジェスチャーで理解・困難 (介助方法: )				
認知面 ※該当する項目に○を付ける。	<input type="checkbox"/> 短期記憶力の低下 (ついさっきの事を忘れる・何度も同じ事を聞く)		<input type="checkbox"/> デイルームから自室にいけない		
	<input type="checkbox"/> 住所や電話番号、孫の名前が出てこない		<input type="checkbox"/> 居室を間違えても気づかない		
	<input type="checkbox"/> 判断力の低下(一人で過ごせない)		<input type="checkbox"/> 意欲の低下		
	<input type="checkbox"/> お金の管理、電話の操作ができない		<input type="checkbox"/> 片付けができない		
			<input type="checkbox"/> 好きだった事をしなくなった		
行動障害	・帰宅願望 ・不定愁訴 ・独語/大声 ・幻視/幻聴 ・物取られ妄想 ・収集癖 ・介護拒否/抵抗 ・セクハラ行為 ・不潔行為 ・異食 ・その他( )				
転倒リスク	<input type="checkbox"/> 転倒歴(なし・あり⇒ )		<input type="checkbox"/> 危険認識力の低下(あり・なし)		
	<input type="checkbox"/> ナースコールの理解(あり・なし ⇒ 押せない・むやみに押す・その他( ) )				
現在の転倒予防策	センサー使用	なし・あり(離床センサー・フットセンサー・車椅子用センサー) / (一日・昼のみ・夜のみ)			
	その他の対応	マットレス・安全ベルト・4点柵・ベッド出し・つなぎ服・低床ベッド			
睡眠	良眠・不眠傾向・昼夜逆転(介助内容 )				
	眠剤の使用	なし・あり( )			
趣味					
嗜好品	飲酒	なし・あり	喫煙	なし・あり	
リハビリ	積極的・普通・消極的		レクリエーション	積極的・普通・消極的	
面会回数	1週間に _____回 / ひと月に _____回 / 主な面会者( )				

援助する際に気をつけている事	他科受診	頻度									
		病院名・科目									
		次回予約									
		薬処方(有・無)									
		薬名									
1日の過ごし方	※施設の方はリハビリや入浴の時間帯等を記入。在宅の方は利用サービスを記入。 0    2    4    6    8    10    12    14    16    18    20    22    24  ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----										
	(日中の臥床時間: 少ない・多い( ))    (自室で過ごす時間: 少ない・多い( ))										