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	令和　　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　　）		
	施設内	移動方法：		
移　乗	移　乗	自立・見守り・介助が必要（内容　　）・全介助		
	補助具	Ｌ字バー・タッチアップガード・その他（　　）		
立ち上り 起き上り	立上り	自立・見守り・介助が必要（内容　　）・全介助		
	起上り	自立・見守り・介助が必要（内容　　）・全介助		
食　事	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・自助具・エプロン　⇒（補足　　）		
	義　歯	あり（上：部分・総入歯／下：部分・総入歯）・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・極刻ﾑｰｽ・ﾍﾟｰｽﾄ・　　）	
	ｱﾚﾙｷﾞｰ			
	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		
		布ﾊﾟﾝﾂ・ﾊﾟｯﾄ・ﾘﾊﾋﾞﾘﾊﾟﾝﾂ・ｵﾑﾂ・ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙﾄｲﾚ・尿器・ﾊﾞﾙﾝ留置・ｽﾄﾏ・他（　　）		
	夜　間	自立・介助が必要（内容：　　）・全介助		
		布ﾊﾟﾝﾂ・ﾊﾟｯﾄ・ﾘﾊﾋﾞﾘﾊﾟﾝﾂ・ｵﾑﾂ・ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙﾄｲﾚ・尿器・ﾊﾞﾙﾝ留置・ｽﾄﾏ・他（　　）		
	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。	□ 短期記銘力の低下 （ついさっきの事を忘れる・何度も同じ事を聞く） □ 住所や電話番号、孫の名前が出てこない □ 判断力の低下（一人で過ごせない） □ お金の管理、電話の操作ができない	□ デイルームから自室にいけない □ 居室を間違えても気づかない □ 意欲の低下 □ 片付けができない □ 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	□ 転倒歴（なし・あり⇒　　）	□ 危険認識力の低下（あり・なし）			
	□ 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（　　））			