

ご本人の様子について

健康状態	現在治療中の病気	既往歴	主治医		
			通院・往診	病院・医院 科 先生	
	医療状況 ※該当項目には○印を塗りつぶしてください。 <input type="checkbox"/> 経管栄養 胃ろう <input type="checkbox"/> 吸引（頻度 回/日） <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 創傷 <input type="checkbox"/> 導尿（頻度 回/日） <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> その他： <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 感染症： <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> 疼痛管理：				
生活状況	自分で 行う	見守りが 必要	部分的な 介助	全てに 介助	特記すべき生活習慣(夜間の様子など) ※該当する状態の○を塗りつぶしてください。 具体的にどのようなお介助をしているか記入してください。
起き上がり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
姿勢の保持	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
階段昇降	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
トイレへの移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
整容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
着替え	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
お困りの状態	<input type="checkbox"/> 徘徊(明確な目的なく歩き回る) <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 3~4日/週 <input type="checkbox"/> 1~2回/週 <input type="checkbox"/> 1回/月程度				
	<input type="checkbox"/> 不潔行為(便いじり、オムツ外し等) <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 3~4日/週 <input type="checkbox"/> 1~2回/週 <input type="checkbox"/> 1回/月程度				
	<input type="checkbox"/> 落ち着かず怒りっぽい <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 3~4日/週 <input type="checkbox"/> 1~2回/週 <input type="checkbox"/> 1回/月程度				
	<input type="checkbox"/> 暴力を振るう <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 3~4日/週 <input type="checkbox"/> 1~2回/週 <input type="checkbox"/> 1回/月程度				
	<input type="checkbox"/> 食べられないものも食べてしまう <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 3~4日/週 <input type="checkbox"/> 1~2回/週 <input type="checkbox"/> 1回/月程度				
	<input type="checkbox"/> 被害妄想(お金への執着など) <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 3~4日/週 <input type="checkbox"/> 1~2回/週 <input type="checkbox"/> 1回/月程度				
	<input type="checkbox"/> 介護に抵抗する(必要な介護を拒否する) <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 3~4日/週 <input type="checkbox"/> 1~2回/週 <input type="checkbox"/> 1回/月程度				
	<input type="checkbox"/> その他周囲を困らせているような事はありますか？				
※該当項目については○もしくは□を塗りつぶしてください					
施設への要望 (これまでの生活の中で配慮すべき事項・活かすべき特技等)					
お申込みいただく理由・特にお困りの状況など具体的にあればご記入下さい。					
【重視する項目】 <input type="checkbox"/> 早く入居できる <input type="checkbox"/> 自宅から近い <input type="checkbox"/> 愛生館の施設 <input type="checkbox"/> ユニット型など施設の環境					

年 月 日現在 記入者：