

お名前(本人) \_\_\_\_\_

記入日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

1 当院以外に現在通院している病院や診療所(歯科を含む)はありますか。

該当するものに ○ をしてください。

- ・ ない      ・ ある→      ・ 内科      ・ 外科      ・ 整形外科
- ・ 皮膚科      ・ 泌尿器科      ・ 脳神経外科      ・ 婦人科
- ・ 眼科      ・ 耳鼻咽喉科      ・ 歯科      ・ 精神科
- ・ リハビリテーション科      ・ その他 (

身長 (本日計測)

cm

体重 (本日計測)

kg

利き手

右 ・ 左

2 次の中から一番当てはまるものに ○ を付けて下さい。

- ・ 自立 体の障害は全くない
- ・ J1 電車・バスを利用して、自分ひとりで遠出することができる
- ・ J2 近所だけなら十分一人で外出することができる
- ・ A1 外出には同伴者が必要だが、昼間はしっかり起きていられる
- ・ A2 外出には同伴者が必要で、昼間も寝たり起きたりしている
- ・ B1 常に介助が必要だが、自分で車椅子に乗ったり、食事・排泄はベッドから離れて行う
- ・ B2 常に介助が必要で、車いすに乗るにも手伝いが必要である
- ・ C1 座ることもできず、全てに介助が必要だが、寝返りは一人で出来る
- ・ C2 座ることもできず、全てに介助が必要で、寝返りもできない

3 次の中から一番当てはまるものに ○ を付けて下さい。

- ・ 自立 物忘れや気になる言動は全くない
- ・ I 多少の物忘れはあるが、日常生活に支障はない
- ・ II a 外出中に、道に迷う、買い物や仕事・金銭管理でミスが目立つ
- ・ II b 薬の服用や管理ができない等があり、留守番が一人で出来ない。
- ・ III a 自宅でも、仕事・金銭管理でミスが目立つ
- ・ III b 日中の着替えや食事が上手くできず、トイレを汚したり不始末等で介護が必要
- ・ IV 常に目が離せない状態で、常時介護を必要とする
- ・ M 他人や自分の身体を傷つけたり、精神的に異常な行動がみられる

4 一番あてはまるもの「一つだけ」に ○ を付けて下さい

- ① 屋外歩行について
  - ・ できる                      ・ 介助があればできる                      ・ していない
- ② 車椅子の使用について
  - ・ 使っていない                      ・ 自分で操作できる                      ・ 誰かに押しってもらう
- ③ 歩行器や杖について
  - ・ 使っていない                      ・ 家の外では使用する                      ・ 家の中でも使用する
- ④ 食事について
  - ・ 食事は自分で食べている (準備してもらえれば自分で食べられる)
  - ・ 食事を食べるのに介助が必要である

一つだけ ○

一つだけ ○

今回、お答えくださった方はどなたですか。どれかにチェックしてください。

・ 本人 ・ 家族: 間柄 \_\_\_\_\_ ・ その他: 間柄 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

・ ケアマネジャー: 氏名(事業所名) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_ )

・ 職員代筆: \_\_\_\_\_

5 以下の症状についてお尋ねします

着替え・食事・排泄が上手くできず時間がかかる  
落ち着きがなく動きまわったり食べられないものを口に入れたり大声奇声をあげたりする  
意思疎通が難しくなり日常生活に支障をきたしている

これらの症状が ・ ない ・ 日中を中心にある ・ 夜間を中心にある  
・ 症状は強いが他に危害は及ばない ・ 家族ではどうにもならない

6 以下の文章で、一番当てはまるものに  をして下さい

① お金の管理や物事の手順の組み立てなどを自分の意志で決定することが・・・

・ できる ・ 少し困難 ・ 見守りが必要 ・ 全くできない

② 言葉が出ず、自分の意志を伝えることが・・・

・ できる ・ 少し困難 ・ わずかにできる ・ 全くできない

7 日常生活で次のような言動がありますか、当てはまるものすべてに  を付けて下さい

・ 幻覚（目に見えないものが見えたり、聞こえない音が聞こえたりすること）がある

・ 妄想（現実とはないことを現実のここのように信じる）がある

・ 昼と夜が逆転する

・ すぐに怒ったりする

・ 人に手を出したりする

・ 介護に抵抗する

・ 1人で歩き回り、外に出てしまうこともある

・ 火の消し忘れがある

・ 便を触ったりおむつを外したりする

・ 食べ物でないものを食べてしまう

・ 抱きついたり、胸やおしりを触ったりする

・ その他（ \_\_\_\_\_ ）

・ 尿が漏れることがある

・ よく転ぶ

・ 歩くのに手助けが必要である

・ 少し歩くと息切れがする

・ 外に出たくない

・ 色々とやる気がしない

・ やせた

・ むせたり、食べこぼしたりして上手に食べられない

・ 口の中、舌、皮膚がカサカサしている

・ すぐに熱が出る、咳や痰が出る、皮膚にできものができやすい

・ 身体のどこかに激しい痛みがある

○はい  
く  
つ  
で  
も  
○K

※ご協力ありがとうございました。このあと看護師が生活や介護の状況を具体的に伺います。  
面談時に伝えたいこと、例えば生活や介護に関する困りごと、目指す生活像や利用したいサービス、ご本人の困りごと・ご家族の困りごとなどをメモしていただければそれに沿って伺います。