

介護認定に必要な書類の作成にあたり日常の様子などを教えてください

患者氏名 () 患者様との続柄 () 記載日 (/)

*** あてはまる箇所にチェックをお願いします。**

1. 過去 14 日間以内に受けた医療のすべてにチェック

- 点滴の管理（継続して行われている点滴で一時的な点滴は含まれない） 中心静脈栄養 透析
- 人工肛門の処置（自分で管理が出来る場合は×） 酸素療法 人工呼吸器 気管切開の処置
- 疼痛の看護（癌疼痛に限る） 褥瘡（床ずれ）の処置 経管栄養
- モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等を 24 時間以上付けた状態）
- カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等、尿の排出のためのカテーテル）

2. 日常生活の自立度等について

● 障害高齢者の日常生活自立度 → ※別紙を参考に選択してください

- 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

● 認知症高齢者の日常生活自立度 → ※別紙を参考に選択してください

- 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

● 短期記憶（5 分前のことを覚えていないなど）

- 問題なし 問題あり

● 毎日の日課における判断能力

- 自立・・・毎日すべきことに対して予定を立てたり状況を判断出来る
- いくらか困難・・・日課は判断出来るが、新しいことに直面した時にのみ判断に多少の困難がある
- 見守りが必要・・・判断能力が低下し毎日の日課をこなすのも合図や見守りが必要になる
- 判断できない

● 自分の意思の伝達能力

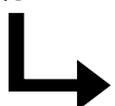
- 伝えられる・・・自分の考えを容易に表現し、相手に理解させることができる
- いくらか困難・・・自分の意思を理解させるのに家族など相手の促しを要する
- 具体的要求に限られる・・・基本的な欲求に限る（飲食、睡眠、トイレなど）
- 伝えられない・・・ほとんど伝えられない又は限られた者にのみ理解できるサイン（ジェスチャー等）でしか自分の欲求は伝えられない

● 認知症の周辺症状

（該当する項目全てチェック：認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）

無

有



- 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行
- 介護への抵抗 徘徊 火の不始末 不潔行為 異食行動
- 性的問題行動 その他 ()

●その他の精神・神経症状

無

有〔症状名： _____ 専門医受診の有無 有（ ）無〕

●身体の状態

利き腕（右 左）身長 = cm 体重 = kg（可能であれば計測して下さい）

（過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少）

四肢欠損（部位： _____）

麻痺 → 右上肢（程度：軽 中 重） 左上肢（程度：軽 中 重）

右下肢（程度：軽 中 重） 左下肢（程度：軽 中 重）

その他（部位： _____ 程度：軽 中 重）

筋力の低下（部位： _____ 程度：軽 中 重）

関節の拘縮（部位： _____ 程度：軽 中 重）

関節の痛み（部位： _____ 程度：軽 中 重）

失調・不随意運動・上肢 右 左

・下肢 右 左

・体幹 右 左

褥瘡（部位： _____ 程度：軽 中 重）

その他の皮膚疾患（部位： _____ 程度：軽 中 重）

3.生活機能について

●移動

屋外歩行 → 自立 介助があればしている していない

車椅子の使用 → 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している

歩行補助具（杖等）・装具の使用（複数選択可） → 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

●栄養・食生活

食事行為 → 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助

現在の栄養状態 → 良好 不良

●排泄

自立 ポータブルトイレ（自立 or 介助要） オムツ全介助

その他（ _____ ）

●現在ある状態

尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊

低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他（ _____ ）

●感染症の有無（有の場合は具体的に記入して下さい）

無

有（ _____ ）

不明

有難うございました。受付スタッフへお渡してください。