

状 況 確 認 表

令和 年 月 日現在

お名前		男・女		生年月日 年 月 日 (歳)				
現在の生活場所						要介護度		
ご家族氏名				続柄		TEL:		
ご家族住所		〒						
医務 看護 関係	既往歴							
	現病歴							
	主治医							
身体 状況	身長	cm	体重	kg	視力	普・弱・全盲	聴力	普・難聴・聾
	発語	普・やや普・不自由		床ずれ	有 (場所) _____ ・ 無			
	オムツ	有 (常時 ・ 夜のみ) ・ 無						
	上半身の状態							
	下半身の状態							
	むくみ	有 (場所) _____ ・ 無				皮膚の疾患状態 ()		
日常生活	歩行	自立・一部介助・車椅子			排泄	自立・一部介助・全介助		
	食事	自立・一部介助・全介助			入浴	自立・一部介助・全介助		
	着脱	自立・一部介助・全介助			徘徊	有 ・ 無		
認知症による不適応行動			有 () ・ 無					
性格			対人関係	拒否的 ・ 親しみやすい ・ 協調的				
精神状態	正常 ・ 障害あり (ご様子:)							
問題となる行動等								
生活上の注意すべき点								
その他								