

日常生活についてのアンケート 〈当てはまる物に○をつけて下さい〉

利用者氏名

様

記入日(

)

1、食事	<p>当てはまる箇所に○を記入して下さい</p> <p>1. 食事は自分で食べる事が出来る 箸 ・ スプーン ・ 自助具 ・ フォーク</p> <p>2. 多少の介助があれば食べる事が出来る 3. 自分で食べる事が出来ず全介助</p> <p>【主食について】</p> <p>《朝》 : 1. パン 2. パン粥 3. ミキサー食 4. お粥</p> <p>《昼・夕》 : 1. 米飯 2. お粥 3. ミキサー食 4. ソフト食</p> <p>【副食について】</p> <p>1. 形あり 2. 一口大 3. きざみ (cmきざみ) 4. 極キザミ 5. ミキサー食</p> <p>6. ソフト食 / とろみ (あり ・ なし)</p> <p>水分トロミ なし ・ あり 『1. うすめ(ずっと流れる) 2. ふつう(とろとろ流れる) 3. 濃いめ(流れにくい)』</p> <p>《アレルギー》 有() ・ 無 / 《摂取量》 割</p> <p>種類 1. 普通 2. 治療食() / 嚥下状態 良好 ・ 不調()</p> <p>嗜好 1. 牛乳 飲める ・ 飲めない(りんごジュース ・ コーヒー牛乳) 2. 禁止()</p> <p>食事用のエプロンは必要ですか はい ・ いいえ</p> <p>PEG 1、PEGの種類()</p> <p>2、1日の注入量(kcal× 回) 3、水分量()</p> <p>4、注入食名() 5、最終PEG交換日()</p>
2、排泄	<p>1、自分でトイレに行き一連の動作や後始末も出来る</p> <p>2、声かけやトイレ誘導・一部介助があれば出来る 3、すべてにおいて介助が必要</p> <p>尿意(有 ・ 無) 便意(有 ・ 無) バルーン() 最終交換日()</p> <p>トイレの回数：日中()回 夜間()回 / 便の回数：(回/ 日)</p> <p>便秘時薬剤使用：無 ・ 有 薬剤名()</p> <p>《日中》 1、布パンツ 2、リハビリパンツ 3、紙オムツ 4、尿パット 5、ポータブル・トイレ 6、トイレ誘導</p> <p>《夜間》 1、布パンツ 2、リハビリパンツ 3、紙オムツ 4、尿パット 5、ポータブル・トイレ 6、トイレ誘導</p>
3、入浴	<p>1、自立 2、一部介助 3、全介助 (普通浴 ・ チェアー浴 ・ オンラインバス)</p>
4、移動	<p>1、独歩 2、杖 3、つかまり歩き 4、歩行器 5、シルバーカー</p> <p>6、車椅子(自操可能 ・ 全介助) リクライニング (座位時間)</p>
5、移乗	<p>1、自立 2、柵を持っていれば出来る 3、一部介助 4、全介助</p>
6、起座	<p>1、自立 2、柵を持っていれば出来る 3、一部介助 4、全介助</p>
7、立位	<p>1、自立 2、何かに掴まれば出来る 3、一部介助 4、出来ない</p>
8、寝返り	<p>1、自立 2、何かに掴まれば出来る 3、一部介助 4、全介助</p>
9、更衣	<p>《上着》 (自立 ・ 見守り ・ 声かけ ・ 一部介助 ・ 全介助) ※ 複数選択可</p> <p>《ズボン》 (自立 ・ 見守り ・ 声かけ ・ 一部介助 ・ 全介助)</p> <p>特記事項 :</p>
10、口腔ケア	<p>1、義歯(無 ・ 有)(上 ・ 下)(一部 ・ 総義歯) 2、歯磨き(自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)</p> <p>3、うがい(自立 ・ 一部介助 ・ 出来ない)</p>
11、洗顔	<p>1、自立 2、要介助</p>

12、聴力	1、聞こえる 2、聞こえにくい(右・左) 3、聞こえない(右・左) / 補聴器 有・無
13、視力	1、見える 2、見えにくい(右・左) 3、見えない(右・左) 4、その他() / 眼鏡 有・無
14、目薬	1、有(眼科処方・市販) 2、無 点眼薬名()
15、皮膚 状態	1、()乾燥 / 部位() 2、()掻痒感 / 部位()
	3、()落屑 / 部位() 4、()内出血 / 部位()
	5、()かき傷 / 部位() 6、()湿潤 / 部位()
	7、その他() ※ 複数選択可
16、褥瘡	1、有(部位) / 処置() 2、無
17、睡眠	1、良眠・睡眠時間()時間ほど 2、頻繁に起きる()時間ごと 3、不眠:薬剤を服用していますか はい(薬剤名) いいえ
18、問題 行動に ついて	当てはまる箇所に○を記入して下さい 1、()すぐに興奮したり、落ち着きが無い事や怒りっぽくなることがある。 2、()暴力行為、攻撃的行動がある 3、()徘徊がある 4、()食物以外の物を口に運ぶ 5、()他人の物まで食べてしまう 6、()服を破ったり、器物を破損する傾向がある 7、()幻覚や妄想がある 8、()独語がある 9、()気分が落ち込んだり、死にたいと言う事がある 10、()収集癖がある。 11、()不潔行為がある。 →()所かまわず、放尿や排便をする ()尿、便のイタズラがある 12、()拒絶(拒薬・拒食・介護者への抵抗)がある 13、()夜間起きて行動する事がある 14、()昼夜 大声を出す事がある / ()日中・()夜間 15、()家族の顔がわからない 16、その他()
15、その他	1、インフルエンザ予防接種 無・有(日付け:) 2、疥癬() 3、結核() 4、他科受診(定期受診) 有・無() 5、特養、他施設の申し込み状況(有・無) 6、(コロナワクチン接種)