

# 体験入居のための身体状況確認票

この身体状況確認票は、体験入居のために使用します。ご利用される方の普段の状況について、お答えできる範囲でご回答ください。

回答日 平成 年 月 日

利用者 氏名		生年月日	M・T・S 年 月 日 ( 歳)
身長/体重	約 cm・不明 / 約 kg・不明	介護度	
保証人		関係	
連絡先	☎ ( ) - -		

(1) 現在、他の医療機関にかかっていますか。

いない

いる

病名など：..... 医療機関名：.....

病名など：..... 医療機関名：.....

病名など：..... 医療機関名：.....

(2) **体の動き**はどうですか。

あてはまるものを選んでください。

<input type="checkbox"/>	一人で外出できる人	<ul style="list-style-type: none"> <li>① <input type="checkbox"/> 体の動きに特に問題はない。</li> <li>② <input type="checkbox"/> 体の動きが良くないところはあるが、交通機関を利用して、かなり遠くまで外出できる。</li> <li>③ <input type="checkbox"/> 体の動きが良くないところはあるが、近所に買い物や老人会など町内の範囲までなら外出できる。</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	介助で外出するが家では大体自分でできる人	<ul style="list-style-type: none"> <li>④ <input type="checkbox"/> 日中はほとんどベッドから離れて生活しており、介助があれば比較的多く外出している。</li> <li>⑤ <input type="checkbox"/> 日中は寝たり起きたりの状態にあり、介助があってもまれにしか外出しない。</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	ベッド上での生活が家で介助が必要な人	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑥ <input type="checkbox"/> 自分一人で車いすに乗り移り、食事・トイレはベッドから離れてする。</li> <li>⑦ <input type="checkbox"/> 介助がなければ車いすに乗り移ることができず、食事又はトイレに援助が必要。</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	一日中ベッド上で過ごし全面的に介助が必要な人	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑧ <input type="checkbox"/> 自力で寝返りをうてる。</li> <li>⑨ <input type="checkbox"/> 自力では寝返りもうてない。</li> </ul>

うら面もあります

(3) **もの忘れ**はどうですか。

あてはまるものを選んでください。

- |                          |                                  |                          |   |
|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 自分で生活できる人                        | <input type="checkbox"/> | ① <input type="checkbox"/> もの忘れは特にない。   |
| <input type="checkbox"/> | 生活に多少困ることがあっても、誰かが注意していれば自分でできる人 | <input type="checkbox"/> | ② <input type="checkbox"/> もの忘れはあるが、家でも外でもほぼ自分でできる。   |
| <input type="checkbox"/> | 生活に困る状況があり介護が必要な人                | <input type="checkbox"/> | ③ <input type="checkbox"/> たびたび道に迷うとか、買い物などそれまでできていたことにミスが目立つ。                                |
|                          |                                  | <input type="checkbox"/> | ④ <input type="checkbox"/> 薬の管理ができない、電話や訪問者との対応など一人で留守番ができない。                                 |
|                          |                                  | <input type="checkbox"/> | ⑤ <input type="checkbox"/> 日中を中心として、着替え・食事・トイレがうまくできない、時間がかかる。食べられない物を口に入れる、大声をあげる、便をまき散らすなど。 |
|                          |                                  | <input type="checkbox"/> | ⑥ <input type="checkbox"/> 夜間を中心として、上記の状態がある。   |
|                          |                                  | <input type="checkbox"/> | ⑦ <input type="checkbox"/> 上記の状態などで生活に困る状況が頻繁にあり、昼夜を問わず、常に介護が必要。                              |

(4) 普段どのようにしていますか。

1つ(②のみ複数可) 選んでください。

- ① 屋外で歩いていますか。  
一人で歩いている。  
介助や見守りの中歩いている。  
歩いていない。
- ② 移動に使っていますか。(複数選択可)  
何も使っていない。  
車いすを主に自分で操作する。  
車いすを主に他人が操作する。  
杖などの補助具を屋外で使う。  
杖などの補助具を屋内で使う。
- ③ 食事は自分で食べられますか。  
自分で食べられる。  
見守りや体を支えられるなどで、何とか自分で食べられる。  
全面的な介助が必要。
- ④ トイレは自分でできますか。  
自分でできる。  
見守りやある程度の介助が必要。  
全面的に介助が必要。
- ⑤ 体を自分で洗えますか。  
自分でできる。  
見守りやある程度の介助が必要。  
全面的に介助が必要。
- ⑥ 着替えは自分でできますか。  
自分でできる。  
見守りやある程度の介助が必要。  
全面的に介助が必要。

(5) 日常の注意事項

- ① 飲んでいる薬はありますか。  
ない  
ある → 自己管理ができる  
管理ができない

薬名
----

- ② アレルギーはありますか。  
ない  
ある

伝えておきたい情報
-----------

(6) お願いしたいことや困っていることをご記入ください。(例：病気の関係で生野菜は食べられません)

--

ご記入の上、宿泊体験前日までに事務所へご提出ください。

- リビングサクス雀の宮 ☎ 028-688-8414 FAX 028-688-8415  
リビングサクス石橋 ☎ 0285-51-0300 FAX 0285-51-0301