

生活状況確認シート

初診日 入院時 退院時

記載日 平成 年 月 日

I 基本情報

ID				氏名				性別				
生年月日				年齢	歳	身長				体重	kg	
住所				連絡先								
家族構成 (年齢・居住地)				現住所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 有料・サ高住 <input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 病院							
				主介護者	<input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> その他 ()							
				世帯	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦 <input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 施設等入所 ※日中支援 (あり・なし) <input type="checkbox"/> その他							
主たる介護者				介護者の健康状況								
緊急連絡先	続柄		氏名				住所				連絡先	
	続柄		氏名				住所				連絡先	
希望/困っていること	本人											
	家族											
受診理由	<input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 多動・徘徊 <input type="checkbox"/> うつ・食欲低下 <input type="checkbox"/> 夜間不眠											
	<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 怒声・叫声 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 生活困難											
現病歴 (入院後の経過)												
	認知症の発症時期			年	月	頃	精神症状の発症時期			年	月	頃
他医療機関の受診	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()											
精神科受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()											
紹介の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()											
身体合併症 (複数回答)	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 肺疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 関節変形 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 手術歴:											
	詳細											
学歴	<input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 中学 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 短大											
職歴	①	(~)			②	(~)						
	③	(~)			④	(~)						
	⑤	(~)			⑥	(~)						
性格・気質 (複数回答)	<input type="checkbox"/> 内向的 <input type="checkbox"/> 外交的 <input type="checkbox"/> 友好的 <input type="checkbox"/> 対立的 <input type="checkbox"/> 慎重 <input type="checkbox"/> 無責任 <input type="checkbox"/> 温厚 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 活発 <input type="checkbox"/> 不活発 <input type="checkbox"/> 上機嫌 <input type="checkbox"/> 陰気 <input type="checkbox"/> 自信家 <input type="checkbox"/> 臆病 <input type="checkbox"/> 節操 <input type="checkbox"/> 反社会的 <input type="checkbox"/> その他											
介護度				期間	~							
介護支援専門員	事業所				氏名				連絡先			
施設申し込み	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()											
介護サービス 利用状況	訪問介護				回/週	通所介護				回/週		
	訪問看護				回/週	通所リハ				回/週		
	訪問リハ				回/週	短期入所				回/週		
	福祉用具				回/週	その他				回/月		
趣味・役割	趣味				役割							
住環境 (不都合のある場所)	<input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 寝室 <input type="checkbox"/> 風呂場 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> その他											

II 健康状態 ※該当箇所に[□]を入れる

食事	食事	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 食べすぎ	<input type="checkbox"/> 少量	<input type="checkbox"/> 食べない	<input type="checkbox"/> 偏食
	水分	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 飲みすぎ	<input type="checkbox"/> 少量	<input type="checkbox"/> 飲まない	<input type="checkbox"/> アルコール問題
	むせ	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> たまに	<input type="checkbox"/> 常に	<input type="checkbox"/> 義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	備考					
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 頻尿 (回/日)	<input type="checkbox"/> 夜間頻尿	<input type="checkbox"/> 失禁 (回/日)	
	排便	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 便秘 (回/日)	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 失禁 (回/日)	
	下剤	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> たまに	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> それ以上
	オムツ	<input type="checkbox"/> 紙パンツ	<input type="checkbox"/> 紙パンツ+尿パッド	<input type="checkbox"/> 紙パンツ+オムツ	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> その他 ()
	備考					
睡眠	時間	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 睡眠不足	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 入眠困難	<input type="checkbox"/> 中途覚醒
	眠剤	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> たまに	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> それ以上
	備考					
痛み	支障	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 少し支障あり	<input type="checkbox"/> かなり支障あり	(内容:)	
	部位					
アレルギー		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 食物 (内容:)	<input type="checkbox"/> 薬物 (内容:)		
嗜好の問題		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> アルコール (内容:)	<input type="checkbox"/> たばこ	<input type="checkbox"/> 薬物	
転倒	頻度	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> たまに	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> それ以上
	場所	<input type="checkbox"/> 屋外	<input type="checkbox"/> 玄関	<input type="checkbox"/> 風呂場	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> その他
麻痺		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	部位		
筋力低下		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	部位		
パーキンソン病		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	部位		
めまい		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	部位		
服薬管理		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 少し支障あり	<input type="checkbox"/> かなり支障あり	(内容:)	
その他気になる点						

III BPSD

NPI	項目	得点 (頻度×重症度)	項目	得点 (頻度×重症度)
		妄想		脱抑制
	幻覚		易刺激性	
	興奮		異常行動	
	不快/うつ		睡眠	
	不安		食欲	
	多幸			
	無為/無関心		合計	

IV 日常生活 (ADL/IADL) 選択肢 ①自分で可 ②声かけ/見守り ③一部介助を受けている ④全介助/していない ⑤不明

ADL	項目	自立	見守り	少し介助	全介助
		食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	整容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	トイレ動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	平地歩行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	階段昇降	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IADL	買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食事の用意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食事の片付け	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	掃除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	整理整頓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ゴミ出し	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	洗濯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	洗濯物のたたみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	通院・外出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	金銭管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	電話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	畑・仕事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	趣味・余暇活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	屋外歩行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	交通手段の利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>