**指定介護老人福祉施設 （ 万陽苑－従来型・ユニット ・ 第二万陽苑 ・ 第三万陽苑 ）**

**入居希望者状態表**　　　　　　　氏　名　　　　　　　　（年齢　　歳）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 起立・移動 | **起立状況** | 立ち上がれる・介助があれば立ち上がれる・立ち上がれない | | | | | | | | | | | | |
| **使 用 品** | 杖・歩行器・車椅子・その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| **移動状況** | 自分でできる・見守りが必要・一部介助が必要・すべて介助が必要 | | | | | | | | | | | | |
| **転　　倒** | よく転ぶ・時々転ぶ・転ばない | | | | | | | | | | | | |
| 転倒時の状況（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| **その他の状況** | |  | | | | | | | | | | | |
| **本人及び家族の希望など** | |  | | | | | | | | | | | |
| 排　泄 | **本人及び家族の希望など** | トイレ・ポータブル(常時・夜間のみ)・オムツ(常時・夜間のみ) | | | | | | | | | | | | |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| **排泄状況** | 自分でできる・見守りが必要・一部介助が必要・すべて介助が必要 | | | | | | | | | | | | |
| **使 用 品** | 布パンツ・尿とりパット・紙パンツ・紙オムツ・その他（　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| **その他の状況** | |  | | | | | | | | | | | |
| **本人及び家族の希望など** | |  | | | | | | | | | | | |
| 食　事 | **主　　食** | 飯・粥・ペースト・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| **副　　食** | 普通・ひと口大・細かく刻む・ミキサー・ペースト・その他(　　　　) | | | | | | | | | | | | |
| **治 療 食** | 要・不要 | | | | 内容 |  | | | | | | | |
| **使 用 品** | 箸・スプーン・エプロン・その他(　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | |
| **摂取状況** | 自分で食べられる・見守りが必要・一部介助が必要・すべて介助が必要 | | | | | | | | | | | | |
| **む　　せ** | よくむせる・時々むせる・むせない | | | | | | | | | | | | |
| **アレルギー** | | ない・ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| **その他の状況** | |  | | | | | | | | | | | |
| **本人及び家族の希望など** | |  | | | | | | | | | | | |
| **清　潔** | **洗　　面** | 自分で出来る・見守りが必要・一部介助が必要・すべて介助が必要 | | | | | | | | | | | | |
| **口腔衛生** | 自分で出来る・見守りが必要・一部介助が必要・すべて介助が必要 | | | | | | | | | | | | |
| 自歯(あり・なし)　義歯あり（上・下・一部）なし | | | | | | | | | | | | |
| **その他の状況** | |  | | | | | | | | | | | |
| **本人及び家族の希望など** | |  | | | | | | | | | | | |
| **入　浴** | **入浴状況** | 自分で入浴する・シャワーチェアーを使う・リフト浴・機械浴 | | | | | | | | | | | | |
| **その他の状況** | |  | | | | | | | | | | | |
| **本人及び家族の希望など** | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 衣類着脱 | 脱衣状況 | 自分で着替えられる・見守りが必要・一部介助が必要・すべて介助が必要 | | | | | | | | | | | | |
| **その他の状況** | |  | | | | | | | | | | | |
| **本人及び家族の希望など** | |  | | | | | | | | | | | |
| 認知症状 | **夜間不眠** | よくある・時々ある・ない | | | | | | | | 徘　徊 | | よくある・時々ある・ない | | |
| **異　　食** | よくある・時々ある・ない | | | | | | | | 大声を出す | | よくある・時々ある・ない | | |
| **その他の状況** | |  | | | | | | | | | | | |
| **本人及び家族の希望など** | |  | | | | | | | | | | | |
| 疾　病 | **主な疾病** |  | | | | | | | | | | | | |
| **内　　服** | あり(１日　回)・なし | | | | | | | | 処方内容（　　　　　　　　　　） | | | | |
| **薬のアレルギー** | | | ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）なし | | | | | | | | | |  |
| **その他の状況** | |  | | | | | | | | | | | |
| **本人及び家族の希望など** | |  | | | | | | | | | | | |
| **身体状況** | **視　　力** | よく見える・大きなものは見える・ほとんど見えない・まったく見えない | | | | | | | | | | | | |
| 眼鏡(使用　・　未使用) | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | |  | | | | | | | | | |
| **聴　　力** | よく聞こえる・大きな音なら聞こえる・ほとんど聞こえない  まったく聞こえない | | | | | | | | | | | | |
| 補聴器(使用　・　未使用) | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | |  | | | | | | | | | |
| **会　　話** | 問題なくできる　・　支障あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | |  | | | | | | | | | |
| **麻　　痺** | あり(右上肢・左上肢・右下肢・左下肢)・なし | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | |  | | | | | | | | | |
| 身長・体重 | 身長：　　　　ｃｍ | | | | | | 体重：　　　　　ｋｇ | | | | |  | |
| **嗜　　好** | **喫　　煙** | あり　　・　　なし | | | | | | | **飲　酒** | | あり　　・　　なし | | | |
| 性　格 |  | | | | | | | | **趣　味** | |  | | | |
| **その他の**  **ご希望等** |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

**＊施設入居(入院)している場合は、施設のケアマネジャー、相談員が記入してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| **担当者氏名** |  |