

入居希望者情報シート

1. 医療の状況

該当する項目すべてにチェックを入れて下さい。

- 経管栄養 胃ろう 酸素療法 インスリン注射 床ずれ(褥瘡) 人口透析
人口肛門 バルーンカテーテル その他()
現在治療中の病気()

2. 認知症、精神症状の状況

該当する項目すべてにチェックを入れて下さい。

- 暴力行為 自傷行為 介護抵抗 徘徊・無断外出 不穏(落ち着きがない)
奇声・大声 被害妄想 感情が不安定 異食行為 不潔行為 収集癖
うつ状態 昼夜逆転 火の不始末 作話 同じ話を繰り返す

認知症の診断名

※特に困っている症状があれば記入して下さい。

3. 食事の状況

自立 一部介助 全介助

種類:普通食 刻み食 ミキサー食

※上記以外で食事の方法があれば記入して下さい。

例)箸は使えないが手づかみでパンやおにぎりを食べる。

4. 排泄の状況

自立 一部介助 全介助

種類:なし ナプキン 尿取りパット 紙パンツ 紙オムツ

頻度:常時 夜のみ

誘導:自立 必要

5. その他(困っている事や気になることがあれば記入して下さい。)
