

状況調査票

年 月 日現在

利 用 者	ふりがな			<input type="checkbox"/> 男	生年月日		
	氏名				<input type="checkbox"/> 女	入所年月日	
住所	〒				電話番号		
緊急時 連絡先	①	氏名	続柄 ()		電話番号		
	②	氏名	続柄 ()		電話番号		
家族の状況	氏名		続柄	生年月日	年齢	現住所	同居別
成年後見人		有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	後見人氏名 :			
身体障害者手帳		有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
		等級	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級				
		種類	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 内部障害 <input type="checkbox"/> その他 ()				
療育手帳		有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
		等級	<input type="checkbox"/> 最重度 (A1) <input type="checkbox"/> 重度 (A2) <input type="checkbox"/> 中度 (B1) <input type="checkbox"/> 軽度 (B2)				
精神障害者 保健福祉手帳		有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
		等級	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級				
障害基礎年金等級		等級	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級				
障害支援区分		区分	<input type="checkbox"/> 区分1 <input type="checkbox"/> 区分2 <input type="checkbox"/> 区分3 <input type="checkbox"/> 区分4 <input type="checkbox"/> 区分5 <input type="checkbox"/> 区分6				

生 活 状 況 (成 育 歴)	乳 幼 児 期					
	学 齡 期					
	青 年 期					
	現 在					

既往歴						
現病歴						

身体状況	基礎情報	身長	cm	体重	kg			
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢)						
	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方)			<input type="checkbox"/> 見えない (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方)			
		<input type="checkbox"/> 眼鏡使用						
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方)			<input type="checkbox"/> 聞こえない (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方)			
	補聴器使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両方)		睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 時々不眠 <input type="checkbox"/> 不眠		(<input type="checkbox"/> 眠剤使用)	
特記事項								
基本動作	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り		<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	転倒	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	立位	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 支えがあれば可	<input type="checkbox"/> 不可	座位	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可	
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り		<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	特記事項							
意思疎通	意思伝達	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 会話ができる <input type="checkbox"/> 単語で話す <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> カードや写真 <input type="checkbox"/> ジェスチャー						
	言葉の理解	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 所々理解できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない						
	自分の名前	<input type="checkbox"/> 言える	<input type="checkbox"/> 言えない	生年月日	<input type="checkbox"/> 言える	<input type="checkbox"/> 言えない	時間の理解	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	文字の読字	<input type="checkbox"/> ひらがな <input type="checkbox"/> カタカナ <input type="checkbox"/> 漢字 <input type="checkbox"/> 数字 <input type="checkbox"/> できない						
	文字の書字	<input type="checkbox"/> ひらがな <input type="checkbox"/> カタカナ <input type="checkbox"/> 漢字 <input type="checkbox"/> 数字 <input type="checkbox"/> できない						
	特記事項							
食事	食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り		<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	嚥下	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	むせ込み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり		<input type="checkbox"/> なし	トロミ使用	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	食事内容	主食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> その他 ()			
		副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 荒刻み	<input type="checkbox"/> 超刻み	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	摂取量	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 7~8割		<input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 半量以下	<input type="checkbox"/> その他 ()			
	義歯	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分義歯(上・下) <input type="checkbox"/> 総義歯)			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 使用せず		
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> 歯ブラシ使用	<input type="checkbox"/> うがいのみ		
	特記事項	(使用器具、アレルギー、嗜好など)						

