

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