

グループホーム やすらぎの里北小岩 状況確認書

記入日 令和 年 月 日
 記入者 _____

フリガナ				性別
利用希望氏名				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 ・ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	年齢	歳	
現住所	〒 -			
障害疾患				
手帳				
障害支援区分	<input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4 ・ <input type="checkbox"/> 5 ・ <input type="checkbox"/> 6			

日中活動先・勤務先

名称			
分類	<input type="checkbox"/> 生活介護 ・ <input type="checkbox"/> その他()		
通所方法	<input type="checkbox"/> 施設バス ・ <input type="checkbox"/> 公共バス ・ <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他()		
所在地	〒		
電話番号		担当者	

計画相談事業所

名称			
電話番号		担当者	

現在

身長	体重	聴覚異常	視力異常	備考
cm	kg	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

家族状況

氏名(フリガナ)	続柄	生年月日	年齢	状況	職業・健康状態等
		年 月 日	歳	同居 別居	
		年 月 日	歳	同居 別居	
		年 月 日	歳	同居 別居	
		年 月 日	歳	同居 別居	

日常生活面

項目		介助が いるか	程度・備考
起居動作	起き上がり	<input type="checkbox"/> 有	
姿勢保持	座位	<input type="checkbox"/> 有	
	立位	<input type="checkbox"/> 有	
移動	屋内	<input type="checkbox"/> 有	
	屋外(徒歩)	<input type="checkbox"/> 有	
衣類着脱	着脱	<input type="checkbox"/> 有	
	服装の選択	<input type="checkbox"/> 有	
整容行為	歯磨き	<input type="checkbox"/> 有	
	洗顔	<input type="checkbox"/> 有	
	整髪	<input type="checkbox"/> 有	
	ひげ剃り	<input type="checkbox"/> 有	
	化粧	<input type="checkbox"/> 有	
衛生保持	手洗い	<input type="checkbox"/> 有	
	爪切り	<input type="checkbox"/> 有	
	耳掃除	<input type="checkbox"/> 有	
	月経	<input type="checkbox"/> 有	

排泄行為	排尿	<input type="checkbox"/> 有	
	排便	<input type="checkbox"/> 有	
食事全般	飲食行為	<input type="checkbox"/> 有	
	食形態	<input type="checkbox"/> 有	
	準備・後片付け	<input type="checkbox"/> 有	
調理全般	調理	<input type="checkbox"/> 有	
	安全管理	<input type="checkbox"/> 有	
入浴全般	入浴準備・片付け	<input type="checkbox"/> 有	
	入浴	<input type="checkbox"/> 有	
家事全般	洗濯	<input type="checkbox"/> 有	
	洗濯物干し	<input type="checkbox"/> 有	
	掃除	<input type="checkbox"/> 有	
	衣類整理	<input type="checkbox"/> 有	
	所持品整理	<input type="checkbox"/> 有	
	ベッドメイク	<input type="checkbox"/> 有	

服薬

服薬	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	時間帯	<input type="checkbox"/> 朝・ <input type="checkbox"/> 昼・ <input type="checkbox"/> 夕・ <input type="checkbox"/> 就寝前・ <input type="checkbox"/> 食前
種類			
飲み方			

健康状態

睡眠	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 不眠傾向 ・ <input type="checkbox"/> 過眠傾向
身体的 注意事項	

発作

発作	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
種類	<input type="checkbox"/> 強直発作 ・ <input type="checkbox"/> 間代発作 ・ <input type="checkbox"/> 強直間代発作 ・ <input type="checkbox"/> 単純部分発作 <input type="checkbox"/> 複雑発作 ・ <input type="checkbox"/> 脱力発作 ・ <input type="checkbox"/> 欠神発作 ・ <input type="checkbox"/> ミオクロニー発作	
様子		
対応	<input type="checkbox"/> 見守り ・ <input type="checkbox"/> 服薬() ・ <input type="checkbox"/> 頓服薬()	
	具体的	
	座薬判断	
	搬送目安	

かかりつけ医

病院名		電話番号	
診療科名		主治医名	
所在地			

好きな こと	
苦手な こと	

行動面

項目			程度・備考
行動面1	こだわり行動	○有	
	徘徊	○有	
	無断外出 無断外泊	○有	
	被害妄想	○有	
	不潔行為	○有	
	異食行為	○有	
	収集癖	○有	
	物忘れ	○有	
	盗癖、虚言など	○有	
行動面2	自傷行為	○有	
	他者に対する 粗暴行為	○有	
	器物に対する 粗暴行為	○有	
	奇声や騒がしさ	○有	
	多動・行動の停止	○有	
感情思考	感情不安定	○有	
	過大・過小評価	○有	

特記事項

--