

## 身体状況 情報提供書

利用者氏名： 様 記入日：平成 年 月 日

項 目		状 態		
歩 行	自立	杖 歩行器 車椅子( 自操・介助・リクライニング )		
	一部介助 全介助			
排 泄	自立	*尿意( 有・無 ) *便意( 有・無 ) *オムツ(使用している・使用していない)		
	一部介助 全介助			
食 事	自立	*主食( 常食・粥食・ミキサー ) *副食( 常食・きざみ・超きざみ ミキサー )		
	一部介助 全介助	*ムセ( 無・有 ) *アレルギー・禁止物( 無・有 ) *糖尿( 無・有 kcal ) *義歯( 無・有 / )		
入 浴	自立	自宅入浴 デイサービス入浴 訪問入浴		
	一部介助 全介助			
着 脱	自立			
	一部介助 全介助			
既 往 及 び 現 病			精 神 面	*認知症 無 / 有( 軽度・中度・重度 )
				*意思疎通( 普通・少し困難・困難 )
				*主な症状
		*かかりつけ医： ( )		
感 染 症	なし・あり( )		*特別な医療処置等	
皮膚疾患・褥瘡	なし・あり( )			
麻 痺	なし・あり( )			
特 記 事 項				

ショートステイ利用の方は、ご自宅や他施設利用時の夜間の状況などわかる範囲でご記入願います