

(様式第2号)

【本人の健康状態】

記入日 = 令和 年 月 日

記入者

①かかりつけ の医師	医師の氏名	(1)	(2)	(3)
	医療機関名	(1)	(2)	(3)
②現在の 診療状況	受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	内科・精神科・外科・整形外科・脳神経外科・皮膚科・泌尿器科・ 婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・歯科 その他【 】		
③病名及び 発症年月日				現在の内服薬 お薬手帳のコピーを添付 して下さい。
④日常生活 動作の状況 (該当する 番号に○ 印を記入)	視力	1.普通	2.ある程度通じる	3.ほとんど通じない
	聴力	1.普通	2.ある程度通じる	3.ほとんど通じない
	意思疎通	1.普通	2.ある程度通じる	3.ほとんど通じない
	移動	1.歩行可能	2.車椅子使用	3.歩行器具使用
	食事	1.介助なしに食事する	2.一部介助を要する	3.全面的に介助を要する
	排泄	1.トイレ使用可能	2.ポータブルトイレ使用	3.オムツ使用
	入浴	1.介助なしに一人で行える	2.一部介助を要する	3.全面的に介助を要する
	着替え	1.介助なしに一人で行える	2.一部介助を要する	3.全面的に介助を要する
整容	1.介助なしに一人で行える	2.一部介助を要する	3.全面的に介助を要する	
⑤気分と行動	※日常生活において該当する行動がありましたら <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> をつけて下さい <input type="checkbox"/> ひどい物忘れがある <input type="checkbox"/> 泣いたり、笑ったり感情が不安定になることがある <input type="checkbox"/> 興味を持っていた活動をしなくなる <input type="checkbox"/> 助言や介護に抵抗することがある <input type="checkbox"/> 物を盗られたなどと被害的になることがある <input type="checkbox"/> 夜間不眠あるいは昼夜逆転がある <input type="checkbox"/> 暴言や暴行がある <input type="checkbox"/> 外出して自宅へ戻れないことがある <input type="checkbox"/> 火の始末や火元の管理ができないことがある <input type="checkbox"/> 不潔な行為を行うことがある その他の問題点 【 】			