

身体状況表

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日(M・T・S) _____ 年 月 日生

- 1 視診・聴診所見
- 2 栄養状況
- 3 血圧測定
- 4 病名(病状) 無 有(病名・病状)
- 5 日常生活の自立度 (きらりご利用には認知症の診断が必要です)
・認知症高齢者の日常生活自立度
自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
- 6 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)
・短期記憶 問題なし 問題あり

・日常の意思決定を行うための認知能力
自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない

・自分の意思の伝達能力
伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない
- 7 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)
無 有 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊
火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他()
- 8 その他の精神・神経症状 無 有(病名・病状))
- 9 感染症疾患 無 有(病名・病状))
- 10 入浴の適否 否 入浴適(留意事項))
- 11 清拭の適否 否 清拭適(留意事項))
- 12 運動の適否 否 運動適(留意事項))
- 13 自動車による送迎の可否 否 可(留意事項))
- 14 その他の所見及び内服薬
- 15 療養食指示
(心臓食、糖尿病食、腎臓食、肝臓食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、高脂血症食、痛風食)

上記のとおり診断します。

医療機関名

住所

医師 氏名

印

デイサービスセンター

きらり