身　体　の　状　況

現病名		無・有（　　）
既往歴		
日常生活動作能力	視力	1．普通　　2．やや悪い 3．人や物の動きがわかる　4．全く見えない
	聴力	1．普通　　2．大声なら聞こえる 3．耳元で大声なら聞こえる　4．全く聞こえない
	言語	1．普通　　2．聞き取りにくい 3．聞き取れない　4．全く話せない
	全般的動作	1．外出できる　　2．家の中なら歩ける 3．起きられるがあまり動かない 4．寝たきり・ほとんど寝たきり
	歩行	1．自立　　2．杖・手すり等を使用 3．要介護　　4．はう　　5．全面介助
	食事	1．自立　　2．スプーン等を使用し自立 3．一部介助　4．全面介助
		1．常食　2．半がゆ　3．全がゆ　4．副食きざみ
	義歯	1．無　2．有（ア．全部　イ．一部　ウ．有るが使用せず）
	着脱衣	1．自立　　2．指示すれば可 3．ボタンかけなど一部介助が必要 4．ほとんど着せる　5．全面介助
	入浴	1．自立　2．ほぼ普通にできるがやや不自由 3．浴槽に入れるが洗うことなどに一部介助を要する 4．全面介助
	排泄	1．自立　2．便器まで介助 3．自立でポータブル便器使用　4．便器介助 5．おむつ使用（常時・昼のみ・夜のみ）
精神・認知症の状態	記憶見当識の障害	1．名前　　（可・不可）　2．生年月日（可・不可） 3．今日の日付（可・不可）　4．年齢　　（可・不可） 5．家族の名前（可・不可）　6．現住所　（可・不可）
	その他の症状	1．不安　2．あせり　3．興奮 4．幻覚　5．妄想　6．生活意欲の低下・無意 7．その他（　　）
身体障害		無・有　障害名＿＿＿＿＿＿＿＿．部位＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿種＿＿級　取得年月日＿＿年＿＿月＿＿日
介護サービスについてのご希望		