

# 日常生活状況

動作	起き上がり 自立・一部介助( )・全介助( )			
	立ち上がり 自立・一部介助( )・全介助( )			
	移動 自立・一部介助( )・全介助( )			
	歩行補助具 無・杖・シルバーカー・サークル・車椅子			
排泄	尿回数 回/日	夜間尿回数 回	便回数 回/日～日	
	自立・一部介助( )・全介助( )			
	オムツ・尿取りパッド 使用有り 下剤使用 無・有( )			
食事	食事回数 回/日	食事形態 流動( )・きざみ・トロミ・軟菜		
	制限食 偏食			
	自立・一部介助( )・全介助( )			
	取り外し可能な義歯 無・部分義歯□・総義歯			
睡眠	睡眠時間 時頃～時頃			
	睡眠薬の使用 無・有( )			
清潔	入浴回数 1回/日			
	自立 一部介助( ) 全介助( )			
嗜好	アルコール	タバコ		
	その他			
アレルギー	食品アレルギー 無・有( )	薬品アレルギー 無・有( )		
	その他			
予防接種	インフルエンザ 無・有	肺炎球菌 無・有		
	新型コロナワクチン 無・有 回目まで済			
介護支援状況	介護認定	無 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5		
	利用サービス・施設			利用日 曜日
				利用日 曜日
	ケアマネ氏名		所属施設	
装身器具	眼鏡 無・有	コンタクトレンズ 無・有	補聴器 無・有	
	義肢 無・有	コルセット 無・有	CVポート 無・有	
	ペースメーカー 無・有	体内金属 無・有		
	備考欄			

\*わかる範囲でご記入ください。