

様式第2号(第7関係)

(表)

訪問入浴サービス対象者状況調書

記入年月日 年 月 日 記入者名 対象者との続柄

対象者氏名	
主たる介護者名	対象者との続柄

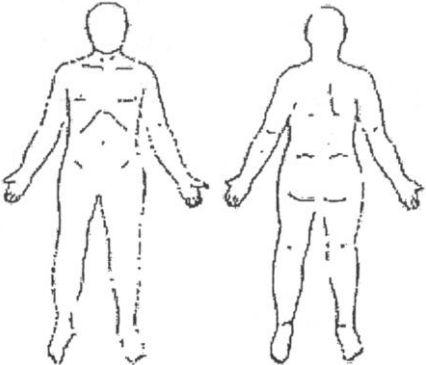
自覚症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	めまい・頭痛・痛み() しびれ()手の震え・食欲不振・ 吐き気・せき その他()
着替え	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部手をかせば着脱可能	
入浴	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 洗うときに介助必要 <input type="checkbox"/> 入浴不可能で体を拭く。 入浴回数 月 回 最近の入浴日 年 月 日	
褥そう	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位)	
医療補助具の使用状況 (カテーテルなど)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(有使用器具名)	
身体障害者手帳	手帳番号 県第 号 種 級 障害名()	
寝たきりの原因・時期	<input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 老衰 <input type="checkbox"/> その他() 年 月頃から	
現在の病状	現在の病名	主治医 病院名 TEL
	治療状況	(年 月頃から治療) <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 投薬のみ <input type="checkbox"/> 定期 (回/月) <input type="checkbox"/> 不定期
	自覚症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 めまい・頭痛・痛み() しびれ()手の震え・食欲不振 吐き気・せき その他()

(裏)

① 寝たきり等の状況について伺います。

	全 面 介 助	一 部 介 助
全体的状況	<input type="checkbox"/> 一日中ベット(布団)上で寝たきりの生活であり、食事、着替え等に全部介助を要する。 (常時寝たきりの状況でやっと寝返りできる状態又は寝返りできない状態をいう。)	<input type="checkbox"/> 日中もベット(布団)上で生活がほとんどであり、食事、着替え等に一部介助を要する。 (ほぼ寝たきりの状態だが、ベット上又は車椅子等で座る姿勢が保てる状態をいう。)
移 動	<input type="checkbox"/> 歩行不可(寝たきり) <input type="checkbox"/> 歩行不可(車椅子移動・その他)	
	寝 返 り <input type="checkbox"/> 不能 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助
	座位保持 <input type="checkbox"/> 不能 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助
排 泄	<input type="checkbox"/> 常時オムツ <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 尿	<input type="checkbox"/> 介助があればポータブル可
	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 導尿
	<input type="checkbox"/> 夜間はオムツ使用	失禁 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
食 事	経管栄養 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

② 身体面の状況について伺います。

不自由な部位	<input type="checkbox"/> 手(両方・右・左)	参考図示 
	<input type="checkbox"/> 足(両方・右・左)	
	<input type="checkbox"/> その他	
	関節拘宿 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位)	

③ 派遣状況について伺います。

訪 問 指 導	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師
ホームヘルパー派遣	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [曜日]