

(3)暮らしの情報シート

御利用者様名: 様 記入日:平成 年 月 日	
今までの暮らし	各項目の該当にチェック☑または、記入をお願い致します。
最終教育歴:	<input type="checkbox"/> 教育歴なし <input type="checkbox"/> 尋常小学校または小学校卒 <input type="checkbox"/> 中学校卒 <input type="checkbox"/> 高等学校卒 <input type="checkbox"/> 短大・専門学校卒 <input type="checkbox"/> 大学卒 <input type="checkbox"/> その他()
生まれた都道府県:	
育った都道府県(2つ以上あれば全て記入して下さい。):	
職業歴: (簡単で結構です)	
趣味・嗜好(昔の趣味等も含む): <input type="checkbox"/> タバコ <input type="checkbox"/> お酒 <input type="checkbox"/> 国内旅行 <input type="checkbox"/> 海外旅行 <input type="checkbox"/> 歌・カラオケ <input type="checkbox"/> 散歩 <input type="checkbox"/> グランドゴルフ・ゲートボール <input type="checkbox"/> 子供、孫の相手 <input type="checkbox"/> 日向ぼっこ <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 踊り <input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> 囲碁 <input type="checkbox"/> 将棋 <input type="checkbox"/> 料理 <input type="checkbox"/> 詩集 <input type="checkbox"/> 絵 <input type="checkbox"/> 日曜大工 <input type="checkbox"/> スポーツ鑑賞 <input type="checkbox"/> お花・華道 <input type="checkbox"/> 書道 <input type="checkbox"/> 釣り <input type="checkbox"/> ドライブ <input type="checkbox"/> 詩吟 <input type="checkbox"/> 畑仕事 <input type="checkbox"/> 競馬・競輪 <input type="checkbox"/> 柔道・剣道 <input type="checkbox"/> 折り紙 <input type="checkbox"/> 絵手紙 <input type="checkbox"/> 編み物 <input type="checkbox"/> その他()	
御利用者様のよく行っていた場所:	
御利用者様のよくおこなっていた事:	
御利用者様のよく話していた事:	
一日のタイムスケジュール(大体で結構です。)	
午前 1時 2時 3時 4時 5時 6時 7時 8時 9時 10時 11時 12時	
午後 1時 2時 3時 4時 5時 6時 7時 8時 9時 10時 11時 12時	
現在の介護サービスご利用状況 <input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護(利用があれば、処置等のご記入を頂けると助かります。) () <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> ベッドや車いす等レンタル <input type="checkbox"/> その他レンタル()	
過去にまたは、現在の継続的な(2週間以上)医療的処置また、救急車の要請について <input type="checkbox"/> 過去または、現在に2週間以上の医療処置を受けたことがある (内容:) <input type="checkbox"/> 救急車を要請したことがある(回数: 内容:)	

現在の在宅での暮らし 各項目の行っている事にチェック☑または、記入をお願い致します。	
食事の習慣	<input type="checkbox"/> 箸使用 <input type="checkbox"/> スプーン使用 <input type="checkbox"/> 自助具使用 <input type="checkbox"/> 晩酌あり <input type="checkbox"/> 座敷で食べる <input type="checkbox"/> 椅子で食べる <input type="checkbox"/> 朝食なし <input type="checkbox"/> その他()
食事の習慣(嗜好)	<input type="checkbox"/> 好きなもの() <input type="checkbox"/> 嫌い・苦手なもの()
トイレの習慣	<input type="checkbox"/> 和式トイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿瓶 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> その他()
お風呂の習慣	<input type="checkbox"/> 毎日入る <input type="checkbox"/> 2日に1回程度入る <input type="checkbox"/> ほとんど入らない <input type="checkbox"/> 入らない <input type="checkbox"/> デイケア・デイサービスにて入る <input type="checkbox"/> その他()
身だしなみの習慣	<input type="checkbox"/> 歯磨きをする <input type="checkbox"/> ひげをそる <input type="checkbox"/> 髪をとかず <input type="checkbox"/> 化粧をする <input type="checkbox"/> 顔を洗う <input type="checkbox"/> 理容室、美容室に行く <input type="checkbox"/> その他()
家事の習慣	<input type="checkbox"/> 料理をする <input type="checkbox"/> 掃除をする <input type="checkbox"/> 洗濯をする <input type="checkbox"/> 買い物をする <input type="checkbox"/> 電話をする <input type="checkbox"/> 公共交通機関を利用する <input type="checkbox"/> 金銭管理をする <input type="checkbox"/> その他()
社会との関わり	<input type="checkbox"/> 自治会の行事等に参加あり <input type="checkbox"/> 近所との方との交流あり <input type="checkbox"/> デイケア・デイサービスでの関わりあり <input type="checkbox"/> その他()
健康状態(のみこみ)	<input type="checkbox"/> むせはなし <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> むせるのでトロミをつける <input type="checkbox"/> その他()
健康状態(転倒・転落など)	<input type="checkbox"/> 転倒・転落しない <input type="checkbox"/> 月1回ある <input type="checkbox"/> 週1回程度ある <input type="checkbox"/> 週に何度もある <input type="checkbox"/> その他()
健康状態(医療処置)	<input type="checkbox"/> 医療処置なし <input type="checkbox"/> 定期的に病院等に通う <input type="checkbox"/> 訪問看護にて処置をしている <input type="checkbox"/> その他()
健康状態(意思疎通)	<input type="checkbox"/> 問題なく意思疎通ができる <input type="checkbox"/> 難聴にてできないことがある <input type="checkbox"/> 難しいことができないことがある <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> その他()
健康状態(物忘れ)	<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 時々忘れることがある <input type="checkbox"/> 忘れることが多い <input type="checkbox"/> すぐに忘れてしまう <input type="checkbox"/> その他()
健康状態(行動について)	現在・過去にあった、少しであった場合もチェック☑をお願い致します。 <input type="checkbox"/> 被害的 <input type="checkbox"/> 話を作る <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 昼夜が逆転 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 夜間起きる <input type="checkbox"/> 入浴拒否 <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 一人でどこか行ってしまう <input type="checkbox"/> 物を集めることがある <input type="checkbox"/> 介護に抵抗する <input type="checkbox"/> 独り言 <input type="checkbox"/> 一人笑い <input type="checkbox"/> 自分勝手に行動する <input type="checkbox"/> 物を置いた場所を忘れる <input type="checkbox"/> 火を消し忘れる <input type="checkbox"/> 話がまとまらない <input type="checkbox"/> 物や衣類を壊す <input type="checkbox"/> 季節外れの服を着る <input type="checkbox"/> やたら歩き回る <input type="checkbox"/> 暴力をふるう <input type="checkbox"/> 引き出しの中身を出す <input type="checkbox"/> 食べ過ぎる <input type="checkbox"/> 食べない <input type="checkbox"/> 昼間寝てばかりいる <input type="checkbox"/> 同じ話をよくする <input type="checkbox"/> 人を信用しない <input type="checkbox"/> その他()
最後に、御利用者様がどのように施設の生活を送って頂いた方が良いかアドバイスをお願いします。 (または、施設に対する御家族様のご希望でも構いません。)	
ご協力ありがとうございました	