様式第４号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **コミュニケーションのための基本的能力** | | | |
| ☆　訪問者との意思疎通が可能か | | | □はい　□いいえ　□不明 |
| ☆　目が見えにくいか | | | □はい　□いいえ　□不明 |
| ☆　耳が聞こえにくいか | | | □はい　□いいえ　□不明 |
|  | | | |
| **衛生状態** | | | |
| ☆　身体は清潔か | | | □はい　□いいえ　□不明 |
| ☆　衣類は清潔か | | | □はい　□いいえ　□不明 |
| ☆　家屋･室内は清潔か | | | □はい　□いいえ　□不明 |
| ☆　歯・口腔内は清潔か又は口臭があるか | | | □はい　□いいえ　□不明 |
|  | | | |
| **栄養状態** | | | |
| ☆　極度にやせているか肥満しているか | | | □はい　□いいえ　□不明 |
| ☆　むくみがあるか | | | □はい　□いいえ　□不明 |
|  | | | |
| **摂食状態** | | | |
| ☆　食事を拒否したり、食べないことがあるか | | | □はい　□いいえ　□不明 |
| ☆　食べ過ぎることがあるか | | | □はい　□いいえ　□不明 |
| ☆　食べ物を噛めるか | | | □はい　□いいえ　□不明 |
| ☆　食べ物を飲み込めるか | | | □はい　□いいえ　□不明 |
| 上記４項目のいずれかにはいがある場合に確認  ・食事摂取量（　　　　　　　　　　　　　　）　・水分摂取量（　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・食事回数（　　　　　　　回）　・１回の食事に要する時間（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| ☆　義歯はあるか | | | □はい　□いいえ　□不明 |
| ☆　歯・歯茎のはれや痛みはあるか | | | □はい　□いいえ　□不明 |
|  | | | |
| **排泄状態** | | | |
| ☆　尿失禁はあるか | □はい　□いいえ　□不明　・はいは回数、量： | | |
| ☆　便失禁があるか | □はい　□いいえ　□不明　・はいは回数、性状： | | |
| ☆　便秘があるか | □はい　□いいえ　□不明 | | |
|  | | | |
| **睡眠状態** | | | |
| ☆　睡眠は良好か | | □はい　□いいえ　□不明 | |
| ・起床時間：　　　　時　　・就寝時間：　　　　時　　・日中の睡眠時間：　　　　時間 | | | |
| ☆　寝ていて大声を出したり起き上がったりすることがあるか | | | □はい　□いいえ　□不明 |
|  | | | |
| **その他** | | | |
|  | | | |

**身体の様子のチェックについて**（　　　　　　　　　　　　　）　記録者（　　　　　　　　　　）