

生活状況調査票

記入日：令和 元 年 5 月 1 日

本人氏名	鶺鳥 花子	記入者	鶺鳥 太郎
家族構成		家族状況（特記事項）	
<p>約20年前</p> <p>男性：□ 女性：○ 夫婦：＝ 本人：回 死亡：■ ●</p> <p>5 普代 49 東京 48 4 23 20 盛岡 1</p> <p>*ご本人と同居している方を○で囲む。 *□・○の中に年齢を記入のこと。</p>		<p>父は約20年前に他界。以降、母は一人暮らし。 入院前は私達夫婦が毎日食事を届ける等面倒をみていたが、仕事もあるため容易ではない。 妹達は遠方におり、中々帰省できない。</p>	

現在の状況に至った経緯（概要）

H28. 3. 1に自宅で倒れていたところを近所の人に発見され救急搬送。脳梗塞でそのまま普代病院に入院。右半身はマヒがありほとんど動かず、寝たきりの状態。声を掛ければ眼を開けることもあるが、普段はあまり反応がない。入院後1ヶ月が経ち、病院からは施設を探し退院するよう言われている。

父が亡くなった後は、畑仕事等をしながら特に問題もなく一人で暮らしていたが、3年程前からガスの消し忘れや物のしまい忘れ等の物忘れがみられ始めたため、私達夫婦が毎日通って食事の面倒等をみていた。今回入院するまでは体調をくずしたり、物忘れが悪化するようなことは特になかった。

デイサービスも勧めたが、本人が嫌がったため利用はしておらず、入院後初めて介護保険の申請をした。私達夫婦は共稼ぎのため、在宅での介護は難しい。

日常生活の状況	視力	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱視	<input type="checkbox"/> 見えない（眼鏡使用 あり ・ なし ）
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input checked="" type="checkbox"/> やや難聴	<input type="checkbox"/> 難聴（補聴器使用 あり ・ なし ）
	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助（車いす ・ シルバカー ・ 杖 を使用）
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助 鼻腔チューブ
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助（紙パンツ 紙オムツ を使用）
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	意志疎通	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 特別な場合を除いてできる	<input checked="" type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない
	麻痺	<input type="checkbox"/> ない	<input checked="" type="checkbox"/> ある	右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢
	拘縮	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	（ 肩 ・ 股間 ・ 膝 ・ 手指 ・ 足指 ・ 他 ）

※ 拘縮…身体の関節がスムーズに動かなくなること。

認知症の症状の有無	・目の前にいる人が誰だか分からないことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input checked="" type="checkbox"/> ある
	・自分がいる場所を分からないことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input checked="" type="checkbox"/> ある
	・直前にあったことを完全に忘れることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input checked="" type="checkbox"/> ある
	・物を盗られたと被害的になることが	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
	・実際にはないものが見えたり聞こえたりすることが	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
	・夜間不眠あるいは昼夜逆転が	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
	・暴言・暴行・大声を上げることが	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
	・目的もなく歩き回る、「家に帰る」と落ち着かなくなることが	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
	・食べられないものを口に入れることが	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
	・拒食あるいは過食など食行動の異常が	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
	・便をいじったり、汚れた下着を隠したりすること等が	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
	・その他（ ）	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある