

《ご利用希望者の現在の様子をお知らせください》

身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 物の輪郭程度 <input type="checkbox"/> 新聞の見出し程度 <input type="checkbox"/> 不自由無し	
	聴力	<input type="checkbox"/> 大きい声なら聞こえる <input type="checkbox"/> 普通の声で聞こえる	
	発語	<input type="checkbox"/> はい、いいえのみ <input type="checkbox"/> 単語程度 <input type="checkbox"/> 聞き取りづらい <input type="checkbox"/> 普通	
	意思表示	<input type="checkbox"/> しているようだが理解しにくい <input type="checkbox"/> 基本的なもの（排泄・食事等）はできる <input type="checkbox"/> だいたいできる <input type="checkbox"/> できる	
	話の了解	<input type="checkbox"/> 反応はあるが理解していない <input type="checkbox"/> 部分的に理解できる <input type="checkbox"/> 理解できるが少し的がはずれる <input type="checkbox"/> 理解できる	
	その他	歯： <input type="checkbox"/> 自分の歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯（上・下） <input type="checkbox"/> 総義歯（上・下） 眼鏡： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 補聴器： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
基本動作	起き上がり	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 誘導・見守りすればできる <input type="checkbox"/> 一部介助で可能	
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 誘導・見守りすればできる <input type="checkbox"/> 一部介助で可能	
	立位保持	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 誘導・見守りすればできる <input type="checkbox"/> 一部介助で可能	
	歩行	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 一部介助で可能 <input type="checkbox"/> 手すりがあれば可能 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車椅子使用（自走： <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能）	
	移乗	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 誘導・見守りすればできる <input type="checkbox"/> 一部介助でできる	
食事	種類	主食	<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 粥（分粥） <input type="checkbox"/> ミキサー
		副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み
	方法	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク	
	摂取	<input type="checkbox"/> 声かけ必要 <input type="checkbox"/> 自力摂取できる	
	嚥下	ムセ： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	
	量	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない カロリー制限： <input type="checkbox"/> 有（ kcal） <input type="checkbox"/> 無	
	嗜好品	<input type="checkbox"/> たばこ 本/日 <input type="checkbox"/> アルコール（種類 量 ）	
	禁止の物		
	嫌いな物		
排泄	好きな物		
	使用下着（布パンツ、オムツ等）	日中	夜間
	大便	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 誘導・見守りすればできる <input type="checkbox"/> 一部介助でできる	
	小便	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 誘導・見守りすればできる <input type="checkbox"/> 一部介助でできる	
	失禁	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 間に合わない <input type="checkbox"/> 失禁はない	
尿便意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
入浴	洗身	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 誘導・見守りすればできる <input type="checkbox"/> 一部介助で可能	
	洗髪	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 誘導・見守りすればできる <input type="checkbox"/> 一部介助で可能	
	衣類着脱	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 誘導・見守りすればできる <input type="checkbox"/> 一部介助で可能	
整容	洗面	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 誘導・見守りすればできる <input type="checkbox"/> 一部介助で可能	
	整髪	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 誘導・見守りすればできる <input type="checkbox"/> 一部介助で可能	
	歯磨き	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 誘導・見守りすればできる <input type="checkbox"/> 一部介助で可能	
金銭管理	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能		

記入者 氏名 _____ 続柄 _____