

看護介護状況チェックシート

氏 名

様

記入日 令和 年 月 日

記入者

食 事	経口(内容:) 鼻腔 胃瘻 腸瘻 IVH 抹消点滴			
	自立 セッティングのみ 一部介助 全介助			
排 泄	トイレ PTイレ 尿器 差込便器 留置カテーテル オムツ 膀胱瘻 ストマ			
	自立 一部介助 全介助 誘導(要 不要) 尿意・便意(あり なし)			
更 衣	自立 一部介助 全介助			
移 動	車椅子	移乗(自立 見守り 一部介助 全介助) 自走(可 不可)		
	歩 行	独歩 つかまり歩き 杖 歩行器 見守り 一部介助 全介助 歩行不可		
座 位	保持可能 要背もたれ 不可能			
寝 返 り	可能 不可能	エアマット	要 不要	
入 浴	一般浴 機械浴(一部介助 全介助)			
褥 瘡	なし あり(部位 大きさ DESIGN-R)			
麻 痺	なし あり[上肢(右 左) 下肢(右 左)]	不明		
会 話	発 語	なし あり 言語障害あり 単語のみ		
	理 解	可能(全面 部分) 不可能 不明		
視 力	正常 やや弱視 弱視 全盲	眼鏡(なし あり) 点眼(なし あり)		
聴 力	正常 やや難聴 難聴	補聴器(なし あり)		
睡 眠	良好 不安定	眠剤使用	昼夜逆転	
認 知 症	なし あり(軽度 中度 重度)		抑 制	なし あり
	健忘 せん妄 被害妄想 幻視 幻聴 感情障害 奇声 独語 大声			
	見当識障害 徘徊 暴力行為 不潔行為 その他()			
気 切	なし あり	吸 引	なし あり(頻度)	
酸 素	なし あり(量)			
感 染 症	MRSA	なし あり(部位 量)		
	その他	なし あり()		
リハビリ	なし あり(PT OT ST)			
特 記				