

身体の様子チェック票

ID- 氏名:	生年月日			
本人以外の情報提供者の氏名:		(続柄)		
T:	褥創	運動麻痺		
P:	①コミュニケーションのための基本的能力		はい	いいえ
R:	・訪問者との意思疎通が可能か			
BP:	・目が見えにくい			
身長	cm	・耳が聞こえづらい		
体重	kg	②衛生状態		
		・身体は清潔か		
		・衣服は清潔か		
		・家屋、室内は清潔か		
		・歯・口腔内は清潔かまたは口臭はあるか		
		③栄養状態		
		・極度にやせているか肥満しているか		
		・むくみがあるか		
		④摂食状態		
		・食事を拒否したり、食べないことがあるか		
		・食べ過ぎることがあるか		
		・食物を噛めるか		
		・食物をのみこめるか		
		・義歯はあるか		
		・歯・歯茎のはれや痛みはないか		
湿疹、水虫等	有・無	上記4項目のいずれかがはいの場合、下記確認		
()		・食事摂取量		
振戦	有・無	・水分摂取量		
()		・食事回数		
拘縮	有・無	・1回の食事に要する時間		
()		⑤排泄状態		
麻痺	有・無	・尿失禁があるか		
()		・便失禁があるか		
膝通	有・無	・便秘があるか		
()		⑥睡眠状態		
腰痛	有・無	・睡眠は良好か		
()		・起床時間		
半年間に転倒	有・無	・就寝時間		
()		・昼寝はするか		
開眼片足立ち	可・不可	・睡眠薬は服用しているのか		
()		・寝ていて大声をだしたり起き上がったことがある		
閉眼両足立ち	可・不可	⑦その他		
()		・その他身体の状態で見つけたこと		