

アマリス調査表

記入日		平成 年 月 日			介護保険被保険者番号							
ご本人	氏名 <small>フリガナ</small>				男	住所	〒 TEL:					
					女							
生年月日	M・T・S	年 月 日 (歳)			世帯状況	課税 ・ 非課税 ・ 生活保護						
身体障害者手帳 無 ・ 有 (種 級)												
ご家族	氏名				続柄	住所	〒 TEL:					
その他の連絡先	氏名				続柄	住所	〒 TEL:					
移動	歩行 杖・手押車・歩行器・車椅子 (普通・リクライニング) その他 ()											
	立位	自立・一部介助・全介助		備考:								
	座位	自立・一部介助・全介助		-----								
	移乗	自立・一部介助・全介助		-----								
食事	主食: 米飯・全粥・ミキサー・その他 ()											
	副食: 普通・キザミ・極キザミ・ミキサー・その他 () 食欲 (有・普通・無)											
	摂取状況 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)					水分 (普通・トロミ剤使用・ゼリー)						
	道具: 箸・スプーン・エプロン・その他 ()					備考						
	好物 ()					-----						
嫌物 ()					-----							
排泄	排尿 尿意 (有 ・ 無) 便意 (有 ・ 無) 失禁 (有 ・ 無)											
	排便 回 / 日 自然・下剤・浣腸・その他 ()											
	昼 トイレ・ポータブル・ベッド上・紙パンツ・尿取パット・おむつ・その他 ()											
	夜 トイレ・ポータブル・ベッド上・紙パンツ・尿取パット・おむつ・その他 ()											
清潔	入浴: (一般浴・特浴・シャワー・清拭) (好き・嫌い)											
	洗身 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)											
	更衣 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)											
身体状況	視力	普通 ・ 見えにくい ・ 見えない			身長		cm	体重	kg			
	聴力	普通 ・ 聴こえにくい ・ 聴こえない			発語	普通 ・ やや不自由 ・ 不自由						
	皮膚状況	普通 ・ 剥離しやすい ・ 傷がある			アレルギー	無 ・ 有 (アレルギー)						
	便秘	無 ・ 有 ・ 服薬中			麻痺	無 ・ 有 ()						
	睡眠	良く眠れる ・ 不良 ・ 睡眠薬服用			拘縮 (こうしゆく)	無 ・ 有 ()						
	飲み込み	問題無 ・ むせやすい ・ つめやすい			褥瘡 (じょくそう)	無 ・ 有 ()						
	入歯	無 ・ 有 (上・下)			湿疹	無 ・ 有 ()						

該当欄には○をつける。

精神状態	認知症（有・無） 記銘・記憶障害・被害妄想・夜間不眠・暴言・暴行・徘徊・不潔行為・収集癖 昼夜逆転・見当識・不穏興奮・その他気になる行動（ ）		
	意志の疎通（出来る・出来ない）		
	備考		
医療状況	以前かかったことがある病気		今現在の病気
	病院	主治医	Dr連絡先（ ）
	状況	鼻腔・胃ろう・尿カテーテル・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・（その他 ）	
	感染症	B型肝炎・C型肝炎・HIV・TPHA（その他 ）	
	服薬状況		
	備考		
相談窓口	無・有[介護事業所・役所・地域包括支援センター・その他（ ）] 居宅介護支援事業所： ケアマネジャー名：		
ショートステイ利用希望			
利用しない・入所が決まるまで利用したい・週 日程度			
入所希望施設（複数チェック可能）			
・ユニット型特養アマリリス（尼崎） ・ブルーバレイ（神戸市灘区）			
（介護上困っている事をご記入ください）			

※該当欄には○をつける。