身体状況お伺書



①

あ・える倶楽部では、お客様に安全で快適な外出・ご旅行をしていただく上で、必要となるお身体の状態をお伺いしております。お客様からお預かりした個人情報は、サービス契約時の守秘義務事項により厳守致します。ご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

ご記入日: 年 月 日

ご記入者: ※続柄

ふりがな		性別	男 女	生年月日	年 月 日
お名前		身長 体重	cm kg		（ 歳）
介護認定（該当に〇印） 認定（ 年 月）		身障者手帳・療育手帳（お持ちの方）			
要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 認定なし		旅客鉄道株式会社旅客運賃減額（ ）種（ ）級			
住環境：在宅（独居・同居）有料老人ﾎｰﾑ・ｻｰﾋﾞｽ付き高齢者向け住宅・ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ・特別養護老人ﾎｰﾑ ・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・ｹｱﾊｳｽ・養護老人ﾎｰﾑ・病院 その他：					
既往症・持病・障がい等 ※時期をご記入下さい		身体状況お問い合わせ先			
記入例：大腿骨骨折（2012年7月）		施設/ケアマネージャー等 お名前： 電話：			
		かかりつけの病院/主治医 お名前： 電話：			

当てはまる事項に☑印の上、なるべく具体的にお知らせ下さい。

移動	歩行 □自立 □杖あれば歩ける（ メートル） □介助・手すりがあれば歩ける （ メートル）□3歩ぐらい足踏みし方向転換可能 □介助・手すりがあれば段差が上れる/下りられる（ 段くらい） □歩行不可 備考[ ]
	立位 □自立 □手すりがあれば保てる（ 秒） □支える等の介助が必要（ 秒） □かかえる等の全面介助が必要 □立位不可[備考]
	立ち上がり・移乗 □自立 □声がけ □見守り □手すり・支える等の一部介助 □全面介助 備考[ ]
	座位 □長時間保てる（ 時間） □短時間であれば保てる（ 分） □つかまり □背もたれ □全く保てない 備考[ ]
	マヒ・拘縮等 □右上肢 □右下肢 □左上肢 □左下肢 備考[ ]
	補助具利用 □杖（種類： ） □歩行器 □補装具（ ） 備考[ ]
車いす	□常時使用 □外出時のみ使用 □所持している □レンタル希望（有料） 備考[ ]
	□手動式 □電動式（バッテリータイプ： ）
	□折りたたみ式 □リクライニング式 □ガススプリング式 □ティルト式 介助用ブレーキ □有 □無→行程に屋外が含まれる場合、介助ブレーキ付をご用意下さい ※手配が必要な場合→□お客様ご自身で手配 □あ・える倶楽部で手配 備考[ ]
	メーカー名： 製品名： 使用時サイズ:【全幅 cm】【奥行き cm】【高さ cm】【重さ kg】 折りたたみ時サイズ:【全幅 cm】【奥行き cm】【高さ cm】
排泄	介助 □自立 □トイレ誘導 □トイレ内見守り □衣類の着脱 □パット交換 □便座への移乗 □尿器 □ベッド上でのおむつ交換 備考[ ]
	尿意 □有 □無 排尿間隔（ ）時間毎 □バルーン使用 □ストーマ使用 便意 □有 □無 排便間隔（ ）日毎 □下剤コントロール有 □浣腸有 備考[ ]
	布パンツ利用 □常時 □日中のみ □その他[ ] パット利用 □常時 □夜間 □外出時のみ リハビリパンツ利用 □常時 □夜間 □外出時のみ テープ式オムツ利用 □常時 □夜間 排泄障害[ ] 備考[ ]

Copyright © 20230501 @spi(Japan),Inc. All Rights Reserved. (株)SPI あ・える倶楽部

当てはまる事項に☑印の上、なるべく具体的にお知らせ下さい。

入浴	介助　□自立　□一部介助　□全面介助　　備考[　　]
	場所　□自宅浴室　□訪問入浴　□デイサービス　□入居施設　　回数　　□週　　回 備考[　　]　□毎日　（曜日　　）
	入浴方法　□一般浴　□座位浴　□寝台浴　□リフト浴　　介助者　□家族　□ケアスタッフ【　　名】
	バイタルチェック　□要【体温　　℃】【血圧　　～　　/　　～　　】【脈拍　　】□不要 備考[　　]
食事	介助　□自立 □一部介助　□全面介助　□経管栄養　備考[　　]
	嚥下状態　□良好　□要見守り　□ムセあり　□その他（　　）
	形状　□普通　□やわらかめ　□ひとくち大　□キザミ　□ミキサー　□とろみ 備考[　　]
	食事制限・禁食物　□なし　□あり（内容：　　） アレルギー　□なし　□あり（内容：　　）水分摂取量（1 日：　　）
整容	衣類の着脱　□自立　□声がけ　□見守り　□一部介助　□全面介助
	洗面　□自立　□声がけ　□見守り　□一部介助　□全面介助
口腔ケア	□自立　□声がけ　□見守り　□一部介助　□全面介助
	□歯ブラシ使用　□スポンジ使用・ウエット使用　□義歯の洗浄
服薬	□あり（　朝　・　昼　・　夕　・　就寝前　）　□とん服あり 備考[　　]
	普段服薬を管理している方　□本人　□家族　□ケアスタッフ
金銭管理	□自立　□一部介助が必要　□金銭管理が必要
	普段金銭を管理している方　□本人　□家族　□施設等
夜間 宿泊を伴う場合は必ずご記入下さい	□トイレ誘導・介助　【　　回】（時間帯　　）
	□おむつ交換　【　　回】（時間帯　　）
	□体位交換　【　　回】（時間帯　　）
	日常生活での就寝時間　時頃/起床　時頃　日中の臥床時間　時～　時頃/　時～　時頃
	備考（就寝時に使用している福祉機器など）
認知症	□なし　□あり（ｱﾙﾂﾊｲﾏｰ型、脳血管性・ﾚﾋﾞｰ小体型・前頭側頭型・その他：　　） 中核症状：記憶障害・見当識障害・判断力低下・高次機能障害 周辺症状：物取られ妄想・せん妄・徘徊・介護拒否・不眠・不穏・弄便・幻聴・幻覚・錯覚 暴力暴言・食行動障害鬱・頻尿・失禁・不眠・睡眠障害・帰宅願望・異食・食べない その他：　　対応方法（　　）
その他注意事項	皮膚疾患　□なし　□あり[部位　　]　褥瘡　□なし　□あり部位[部位　　]
	発作性の疾病　□なし　□あり（名称：　　） 発作の頻度・対応方法（　　）
	視力　□異常なし　□細かい文字は見えない　□ほとんど見えない　□見えない　□眼鏡使用
	聴力　□異常なし　□聞こえづらい（右・左）　□聞こえない（右・左）　□補聴器（右・左）
	言語による意思疎通　□問題なし　□言葉が出づらい　□単語のみ　□全く話せない 備考[　　]
医療的ケア	□人工透析（週　　回）　□在宅酸素　□吸引器　□呼吸器　□インシュリン注射 □ペースメーカー　□その他（　　）
福祉用具	旅行中に持参する福祉用具（　　）福祉用品（　　）
その他	配慮が必要なことがありましたら、ご自由にご記入下さい

介護が必要になってからのお出かけ・旅行についてお伺いいたします。☑印の上、具体的にお知らせ下さい。

□外出していない　□日常の外出のみ（通院、デイサービス/デイケア等）
□日帰りお出かけをしている（内容：　　□1 泊 2 日以上の旅行をした（内容：　　）

介護が必要になる以前はどのような旅行をされましたか？ご自由にお書き下さい。

ご記入いただきありがとうございました。

Copyright © 20230501 @spi(Japan),Inc. All Rights Reserved. **(株)SPI あ・える倶楽部**