



病名 ・ 既往歴(今までにかかった病気)			主治医 :			
<p>認知症 ( 有 ・ 無 ) ※認知症のある方は症状等を丸で囲んで下さい。</p> <p>同じ話しをする ・ 思い出せない ・ 憶えられない ・ 時間が解らない ・ 今いる場所が解らない          食べ物の区別がつかない ・ 物を盗られたと言う ・ いつも何かを探している ・ 昼と夜を間違える          歩き回っている ・ 見えないものが見える ・ 聞こえない音(声)が聞こえる ・ その他</p>						
日常生活動作 ( A ほとんど一人で出来る B 手伝えば一人で出来る C 全て手伝いで行う )						
歩 行	A	B	C	立 位	A B C	
車 椅子	A	B	C	食 事	A B C	
寝 返り	A	B	C		主 食	米飯・軟飯・全粥・その他
起き上がり	A	B	C		副 食	常菜・軟菜・きざみ・その他
着 脱	A	B	C	排 泄	A B C	
入 浴	A	B	C		使 用 品	オムツ ・ ポータブル ・ 尿器
座 位	A	B	C			その他( )
身体等の状況						
視力障害	弱視(右・左) ・ 全盲 ・ 無			麻 痺	有(部位 ) ・ 無	
拘 縮	有(部位 ) ・ 無			聴力障害	やや難聴 ・ 難聴 ・ 無	
言語障害	少し不自由 ・ 不自由 ・ 無			床ずれ	有(部位 ) ・ 無	
その他						
趣味・嗜好						
入所中に改善・向上を望まれる事						
備 考						

笠間シルバーケアセンターパル 利用者宅略図

利用者氏名		住所	〒
(略図)			
当施設までの所要時間			分ぐらい
当施設までの距離			km

1. ご自宅から当施設までわかりやすく記してください
2. 略図は主な幹線道路を中心に記入してください