

生活状況書

記入日 令和 年 月 日

利用者氏名：

記入者氏名：

続柄：

聞き取り代筆：

ご本人の生活歴(生い立ちから現在に至るまでの経緯をご記入ください)			
育った場所		兄弟姉妹	
結婚歴		配偶者	
同居家族		子供	
職歴			
思い出や 大事にして きたこと			
現在の 生活			

暮らしの様子	長年なじんだ習慣や好み	現在の状態・状況	今後の意向・要望
性 格 対人関係			
趣味			
食生活			
嗜好品 飲酒・喫煙			

利 用 理 由
選 択 理 由

これまでの病歴(分かる範囲で構いません)			
	疾病時期	病名・理由	医療機関(受診・入院)
現在治療中の病気			
過去に治療を受けた病気			
結核(または肋膜)の治療歴			
病気(認知症も含む)に関して医師から説明や注意を受けていることがございましたらご記入下さい			
アバンセ協力病院以外の医療機関への受診・入院を希望される場合はご記入下さい			

面会に来ていただける方					
面会		外出		外泊	

ご 家 族 さ ま へ

<個人情報の利用目的について>

こちらにご記入いただいた情報は、適切かつ慎重に取り扱うとともに、ご利用者様に対する健康維持及び快適な介護提供のために使用させていただきます。尚、ご記入いただいた情報は、ご利用可能となりました際にも使わせていただきます。連絡先は、当施設より連絡の取りやすい番号をご記入ください。
なにとぞご了承下さいますようお願い申し上げます。

<個人情報の第三者提供について>

当施設は、予めご家族さま及び利用者さまの同意を得ることなく個人情報を第三者に提供することはありません。

生活状況書 <記入例>

記入日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

利用者氏名 山田 太郎

記入者氏名 木村 花子

続柄 長女

ご本人の生活歴(生い立ちから現在に至るまでの経緯をご記入ください)			
育った場所	(東京) (都)道・府・県 生まれの (東京) (都)道・府・県 育ち		
兄弟姉妹	(5) 人 兄弟姉妹 の (2) 番目		
結婚歴	(あり) () 歳 ・ なし		
配偶者	あり ・ (なし) (離別 ・ (死別))	子供	(あり) (2) 人 ・ なし
同居家族	(あり) (長女家族4人) ・ なし		
職 歴	サラリーマンとして定年まで勤務 営業担当だった		
思い出や 大事にして きたこと	戦争で父親と妹を亡くした。一家の大黒柱として幼い頃から働いてきた。 学生の頃からゴルフをやっていた。ゴルフコンペで優勝したことはよき思い出 「一期一会」という言葉が好きで、人との出会いや縁を大事にしてきた。		
現在の 生活	〇才で妻と死別し、その後ひとり暮らしをしていた。〇才頃から認知症の症状があらわれ 長女家族と同居。デイサービスに週2回通っている。		

暮らしの様子	長年なじんだ習慣や好み	現在の状態・状況	今後の意向・要望
性 格 対人関係	社交的でグループ内のリーダー役 穏やか	人との交流機会が減ってきた	友人ができると良い
趣味	ゴルフ(体を動かすことは基本的に 好き) 野球(巨人ファン)	テレビの野球やゴルフ中継は集中 して観ている	スポーツ中継を観る 機会があると良い
食生活 アレルギー も含む	朝食はパン食 そばアレルギーあり 好き嫌いはなし	朝食はパン食 昼食・夕食は和食中心だが、3日 に1度は洋食にしている	朝食はパンを希望
嗜好品 飲酒・喫煙	〇才位まではたばこを吸っていた ビール好きで毎日飲んでた	今は、喫煙、飲酒なし	

利 用 理 由
認知症の進行があり、常に見守りが必要な状態ですが、同居の家族は仕事等で日中本人をみることができない為
選 択 理 由
ケアマネージャーの方に紹介してもらいました。 本人の住まいから近いこと、面会時間も長く仕事帰りにも立ち寄ることができることから選びました

これまでの病歴(分かる範囲で構いません)			
	疾病時期	病名・理由	医療機関(受診・入院)
現在治療中の 病気	昭和 / 平成 / 令和 ○年 ○月頃	高血圧	〇〇医院 通院、内服あり
	昭和 / 平成 / 令和 ○年 ○月頃	緑内障	〇〇眼科 通院、点眼薬あり
	昭和 / 平成 / 令和 ○年 ○月頃	認知症	□□医院 通院、内服あり
	昭和 / 平成 / 令和 ○年 ○月頃		
過去に治療を 受けた病気	昭和 / 平成 / 令和 ○年 ○月頃	左大腿骨骨折 ボルト固定手術	〇〇病院 3か月入院
	昭和 / 平成 / 令和 ○年 ○月頃	リハビリ	△△リハビリ病院 3か月入院
	昭和 / 平成 / 令和 年 月頃		
	昭和 / 平成 / 令和 年 月頃		
結核(または肋膜)の治療歴		なし ・ あり (○ 歳 ~ ○ 歳 頃)	

<p>病気(認知症も含む)に関して医師から説明や注意を受けていることがございましたら、下記にご記入下さい</p> <p>アルツハイマー型認知症 MRIで脳萎縮が進んでいると言われた</p> <p>その時、医師より「本人の話をできるだけ否定しないように」と言われた</p>
<p>アバンセ協力病院以外の医療機関への受診・入院を希望される場合は、下記にご記入下さい</p> <p>怪我や病気は協力病院で構わないが、緑内障は3カ月おきに〇〇眼科に受診したい</p>

面会に来ていただける方		長女、長男夫婦(中野区在住) 孫たちも面会には行きます	
面会	月(4)回程度	外出	可 ・ 難しい *理由 (遠出は難しいが、近くを散歩する程度なら可能)
		外泊	可 ・ 難しい *理由 (自宅は段差が多く車椅子では移動できない)

ご家族さまへ

<個人情報の利用目的について>

こちらにご記入いただいた情報は適切かつ慎重に取り扱うとともに、利用者さまに対する健康維持及び快適な介護のご提供のために利用させていただきます。

なお、ご記入いただいた情報は、利用が可能となりました際にも使わせていただきます。また連絡先は、ご確認で連絡が必要な場合に備えてご記入をお願いしております。

なにとぞご了承下さいますようお願い申し上げます。

<個人情報の第三者提供について>

当施設は、予めご家族さま及び利用者さまの同意を得ることなく個人情報を第三者に提供することはありません。