

〈調査票〉

以下で該当する項目を○でかこむ・具体的に記入する。

全身状態はいかがでしょうか？

	普通	軽	中	重
意識	ハッキリ	ぼんやり		意識がない
会話	普通に聞こえる	大きい声だと聞こえる	耳元で大声だと聞こえる	聞こえない
視力	普通に話せる 普通（含む老眼）	言葉がもつれる よく見えない	何を言っているかわからない 近づくのとやっと見える	見えない
起き上がり	自分で起きれる	介助で起きれる		
歩行	歩ける	杖など必要	車イスなど必要	歩けない
食事	自分でできる 普通食	食べさせてもらう やわらかめ	きざみ・すりつぶし	鼻チューブ 流動食
飲み込み	できる		むせやすい	吐きやすい

今までの病気について？

- 1) 血圧はどうですか？ 異常なし・薬を飲んで異常なし・異常あり（高い・低い）
上 ～下 mmHg
- 2) 脳・神経の病気 : ない・ある（脳梗塞・他）
- 3) 心臓の病気 : ない・ある（心筋梗塞・他）
- 4) 肺の病気 : ない・ある（結核・他）
- 5) 肝臓・すい臓の病気 : ない・ある（型肝炎・肝機能障害・他）
- 6) 腎臓・泌尿器の病気 : ない・ある（ ）
- 7) 骨や筋肉（背骨・足・腰）の病気 : ない・ある（ ）
- 8) その他の病気 : ない・ある（ ）

◎ 以前、入院や手術されたことがありますか？

ない

ある →具体的に

輸血：ない ・ したことがある

◎ 現在、毎日または時々お飲みになっているお薬がありますか？

ない

ある → ・ 血圧の薬 ・ 糖尿病の薬 ・ 肝臓の薬

・ 血がお固まりにくい薬（ 毎朝・朝夕・ ）

・ 睡眠薬 ・ 精神安定剤 ・ 胃腸薬 ・ 漢方薬 _____

・ その他 _____

◎ けがをしたり、歯を抜いたりすると血が止まりにくいですか？いいえ・止まりにくい