

C-1-1 心身の情報(私の心と身体の全体的な関連シート)

◎私が今、何に苦しんでいるのかを気づいて支援してください。

※*本人が苦痛になっていることがないか、心身状態をよくみて、該当する項目に✓を付けよう。

身長	cm	体重	kg	栄養状態:	食事の形態:	主食:	飲水量	cc/日
						副食:		

1. 私の体調	状態
1 <input type="checkbox"/> 食欲がない	
2 <input type="checkbox"/> 眠れない	
3 <input type="checkbox"/> 起きれない	
4 <input type="checkbox"/> 痛みがある	
5 <input type="checkbox"/> 便秘している	
6 <input type="checkbox"/> 下痢している	
7 <input type="checkbox"/> 熱がある	
8 <input type="checkbox"/> 手足が冷えている	
9 <input type="checkbox"/> その他	

3. 私の口の中	状態
31 <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わず痛みや不具合がある	
32 <input type="checkbox"/> 歯ぐきのはれている	
33 <input type="checkbox"/> 口内炎ができています	
34 <input type="checkbox"/> 舌が白くなっている	
35 <input type="checkbox"/> 口の中が汚れている	
36 <input type="checkbox"/> 口の中が乾燥している	
37 <input type="checkbox"/> 唇が乾燥している	
38 <input type="checkbox"/> 飲み込みが悪い、むせる	
39 <input type="checkbox"/> その他	

2. 私の行動心理的な状態	状態
10 <input type="checkbox"/> 盗られたなど被害にあっていると 言う	
11 <input type="checkbox"/> 状況に合わない話を する	
12 <input type="checkbox"/> (ないもの)見える、 聴こえる	
13 <input type="checkbox"/> 気持ちが不安定	
14 <input type="checkbox"/> 夜眠らない	
15 <input type="checkbox"/> 荒々しい言い方やふるまいを する	
16 <input type="checkbox"/> 何度も同じ話を する	
17 <input type="checkbox"/> (周囲に不快な)音を 立てる	
18 <input type="checkbox"/> 大きな声を出す	
19 <input type="checkbox"/> 声かけや介護を拒む	
20 <input type="checkbox"/> 落ち着かない	
21 <input type="checkbox"/> 歩き続ける	
22 <input type="checkbox"/> 家に帰るなどの言動を繰り返す	
23 <input type="checkbox"/> (一人では危険だが)外に出ようとする	
24 <input type="checkbox"/> 外出すると一人で戻れない	
25 <input type="checkbox"/> いろいろな物を集める	
26 <input type="checkbox"/> 火を安全に使えない	
27 <input type="checkbox"/> 物や衣類を傷めてしまう	
28 <input type="checkbox"/> 排泄物とわからず触ってしまう	
29 <input type="checkbox"/> 食べられない物を口に入れる	
30 <input type="checkbox"/> その他	

4. 私の皮膚の状態	状態
40 <input type="checkbox"/> 乾燥している	
41 <input type="checkbox"/> かゆみがある	
42 <input type="checkbox"/> 湿疹ができています	
43 <input type="checkbox"/> 傷がある	
44 <input type="checkbox"/> はれている	
45 <input type="checkbox"/> 赤くなっている	
46 <input type="checkbox"/> タコができています	
47 <input type="checkbox"/> 魚の目ができています	
48 <input type="checkbox"/> 水虫ができています	
49 <input type="checkbox"/> 床ずれがある	
50 <input type="checkbox"/> その他	

5. 私のコミュニケーションの状態	状態
51 <input type="checkbox"/> 表情がうつろ、堅い、乏しい	
52 <input type="checkbox"/> 目に光がない	
53 <input type="checkbox"/> 見えにくい	
54 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい	
55 <input type="checkbox"/> 意思を伝えにくい	
56 <input type="checkbox"/> 感情を表現できにくい	
57 <input type="checkbox"/> 相手のいうことが理解できない	

※記入欄が足りない場合はコピーして裏につけてください。

C-1-2 心身の情報(私の姿と気持ちシート)

名前 _____ 記入日:20__年__月__日/記入者 _____

◎私の今の姿と気持ちを書いてください。

※本人のふだんの姿をよく思い出して、まん中に本人の姿を描いてみよう。いつも身につけているものや身近にあるものなども書いておこう。

※本人の言葉や声を思い出しながら、ありのままを●を文頭につけて記入しよう。家族が言ったことは△をつけて記入しよう。

※一つひとつの●(本人の言葉や表情)について「本人がどう思っているのか」を考えてみて、気づいたことや支援のヒントやアイデアを、文頭に○をつけて記入しよう。

※C-1-1のような身体の苦痛を抱えながら、どんな気持ちで暮らしているのか考えてみよう。

私の姿です

私の不安や苦痛、悲しみは…

私が嬉しいこと、楽しいこと、快と感じることは…

私へのかかり方や支援についての
願いや要望は…

私がやりたいことや願い・要望は…

医療についての私の願いや要望は…

ターミナルや死後についての私の願いや要望は…

※支援者とは、本人を支える人(介護職、医療職、福祉職、法律関係者、地域で支える人、家族・親戚等)であり、立場や職種を問わない。