

病院・施設名:

記載者氏名:

職種:

氏名

氏名		男	M・T・S			
		女		年	月	日生 歳

医療行為等

褥瘡	なし・あり (大きさ: 処置内容:)
創傷処置	なし・あり ()
軟膏処置	なし・あり ()
点眼	なし・あり ()
HOT	なし・あり (流量: ℓ/分)
吸引	なし・あり (頻度: 日中 回・夜間 回)
バルン	なし・あり ()
ストマ	なし・あり ()
導尿	なし・あり (頻度:)
胃ろう	なし・あり (内容: 量:)
インスリン	なし・あり (自己注射 / 介助必要) (単位数: 朝 昼 夕 寝る前)
アレルギー	なし・あり ()
その他	

ADL

移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子(普通/リクライニング) <input type="checkbox"/> 寝たきり(エアマット/褥瘡予防マット)	
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 転倒歴有(場面・頻度・予防法等:)	
特記事項		
麻痺	なし・あり (完全麻痺/不全麻痺) (Br/s:) (部位:)	
拘縮	左	なし・あり 関節名: 肩・肘・手・指・股・膝・足・その他()
	右	なし・あり 関節名: 肩・肘・手・指・股・膝・足・その他()
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	特記事項	(座位可能時間など)
体位変換	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	特記事項	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 / <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> オムツ(□オープン□リハビリパンツ □パット)	
	特記事項	(昼夜の相違点など)
入浴	<input type="checkbox"/> 個別介助浴 <input type="checkbox"/> 機械浴(ストレッチャー/リフト) <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	特記事項	
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティングにて自立 <input type="checkbox"/> 誘導・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	特記事項	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティングにて自立 <input type="checkbox"/> 誘導・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	<input type="checkbox"/> 普通食(<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 全粥) <input type="checkbox"/> 療養食(内容:) カロリー kcal	
	咀嚼困難	なし・あり (一口大・刻み・ペースト・嚥下食 → 学会分類【 】)
	トロミ	不要・要 () 水分制限 なし・あり ()
	禁止食品	なし・あり () むせ込み なし・あり 摂取量 平均 割
特記事項	(補助食品・介助時間・姿勢・摂取の工夫・自助具など)	
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 義歯 なし・あり (総義歯 / 一部義歯)	
	特記事項	

身体状況

視覚	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 障害有(左・右)	
	特記事項	
聴覚	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 補聴器使用 <input type="checkbox"/> 障害有(左・右)	
	特記事項	
言語	<input type="checkbox"/> 失語症() <input type="checkbox"/> その他()	
	特記事項	

精神機能

精神症状	<input type="checkbox"/> 精神症状あり(詳細は下記にご記入ください) <input type="checkbox"/> 精神症症状なし	
	物忘れ・異食・徘徊・不潔行為・放尿・作話・妄想・収集癖・幻視・幻聴・暴言・暴行・その他	
	詳細・対応方法等	
認知症短期集中リハビリ算定: なし・あり (期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)		
指示入り	良・曖昧・不良 (詳細:)	
意思表示	良・曖昧・不良 (詳細:)	
抑制	なし・あり (体幹・四肢・ベッド柵・車椅子安全ベルト・センサーマット・抑制着・ミトン・その他)	
	理由詳細	
夜間の様子		

IADL

管理能力	服薬管理: できる・できない() 金銭管理: できる・できない()
その他	電話・交通機関の利用・行っていた家事等

体格

身長 ()cm	体重 月 日 ()kg
----------	--------------

日課・習慣・趣味等

--

性格・価値・信念等

--

その他特記事項

--