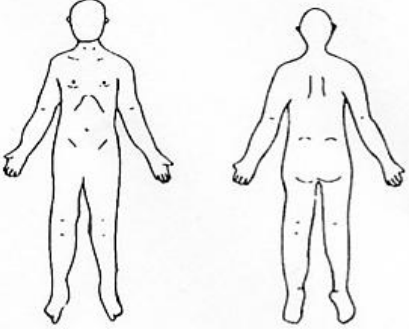


身体状況

体格	身長	cm	体重	kg	
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 大きな文字ならみえる	<input type="checkbox"/> 人の輪郭がわかる程度		
	<input type="checkbox"/> 全く見えない	◆ 眼鏡使用(有・無)			
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 大きな声で話せば聴こえる	<input type="checkbox"/> 耳元で大きな声を出せば聴こえる		
	<input type="checkbox"/> 聴こえない	◆ 補聴器使用(有・無)			
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい	<input type="checkbox"/> 聞き取れない	<input type="checkbox"/> 話せない	
義歯	◆ 上顎	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 総入歯	<input type="checkbox"/> 部分入歯	◆ 自分の歯(有・無)
	◆ 下顎	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 総入歯	<input type="checkbox"/> 部分入歯	◆ 自分の歯(有・無)
四肢機能障害及び褥創の有無					
皮膚の状態	湿疹	かぶれ	かゆみ	軟膏	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
点眼薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(薬名	回/日)	(薬名	回/日)
現在のリハビリ内容					
現在のリハビリ目標					
本人のリハビリ希望			家族のリハビリ希望		
本人の栄養管理希望			家族の栄養管理希望		

医療管理

<input type="checkbox"/> 経管栄養()	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル	<input type="checkbox"/> 人工膀胱(ウロストミー)
<input type="checkbox"/> インスリン()	<input type="checkbox"/> 人工肛門(ストマ)	<input type="checkbox"/> その他()

ADL状況

意思表示	<input type="checkbox"/> 普通に出来る	<input type="checkbox"/> なんとか出来る	<input type="checkbox"/> 基本的な要求のみ可能	<input type="checkbox"/> 不可能
歩行	<input type="checkbox"/> 一人で(普通に・ゆっくり)歩ける	<input type="checkbox"/> つかまり歩きや介助があれば歩ける		
	<input type="checkbox"/> (杖・歩行器)を使用して歩ける	<input type="checkbox"/> 歩けない		
移動	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 車椅子(自操可・不可)	<input type="checkbox"/> リクライニング車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー
移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 半介助	<input type="checkbox"/> 全介助	◆()人介助
立位	<input type="checkbox"/> 普通に立てる	<input type="checkbox"/> 何とか一人で立てる	<input type="checkbox"/> 介助されて立てる	<input type="checkbox"/> 立てない
座位	<input type="checkbox"/> 普通に座れる	<input type="checkbox"/> 何とか一人で座れる	<input type="checkbox"/> 介助されて座れる	<input type="checkbox"/> 座れない
体位交換	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 一部介助で出来る	<input type="checkbox"/> 不可能	
起き上がり	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 一部介助で出来る	<input type="checkbox"/> 不可能	
身の回り	<input type="checkbox"/> 一人で出来る	<input type="checkbox"/> 一部介助で出来る	<input type="checkbox"/> 出来ない	

食事	<input type="checkbox"/> 一人で食べられる	<input type="checkbox"/> 全介助	飲酒	/日
	<input type="checkbox"/> 一部介助で食べられる	介助内容()	喫煙	本/日
食事摂取	<input type="checkbox"/> 箸	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> フォーク	<input type="checkbox"/> 自助具の使用()
食事摂取量	<input type="checkbox"/> 全量	<input type="checkbox"/> 7~9割	<input type="checkbox"/> 6割以下	
主食	<input type="checkbox"/> ご飯	<input type="checkbox"/> お粥(全粥)	<input type="checkbox"/> 全粥ムース	<input type="checkbox"/> 経管栄養()
副食	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 軟菜	<input type="checkbox"/> ムース	
治療食	<input type="checkbox"/> 糖尿食	<input type="checkbox"/> 減塩食	<input type="checkbox"/> 水分制限有り(ml)	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー()
	(塩分 g , カロリー cal , たんぱく g)	<input type="checkbox"/> その他()		
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	◆ トロミ(有・無)	◆ 食べこぼし(有・無)
			食事時間	分
排泄(昼)	<input type="checkbox"/> 一人で出来る	<input type="checkbox"/> 誘導すれば出来る	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用	<input type="checkbox"/> 補助具()		
	<input type="checkbox"/> 紙オムツ	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> 尿取りパッド	<input type="checkbox"/> 布パンツ
				昼・排尿回数()回
排泄(夜)	<input type="checkbox"/> 一人で出来る	<input type="checkbox"/> 誘導すれば出来る	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用	<input type="checkbox"/> 補助具()		
	<input type="checkbox"/> 紙オムツ	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> 尿取りパッド	<input type="checkbox"/> 布パンツ
				夜・排尿回数()回
失禁	<input type="checkbox"/> 尿失禁(度々・時々・無)	<input type="checkbox"/> 便失禁(度々・時々・無)	<input type="checkbox"/> 尿意(有・時々・無)	<input type="checkbox"/> 便意(有・時々・無)
入浴	<input type="checkbox"/> 一人で入れる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一般浴
				<input type="checkbox"/> 中間浴
				<input type="checkbox"/> 機械浴
衣類着脱	<input type="checkbox"/> 一人で出来る	<input type="checkbox"/> 声掛けで出来る	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全介助
整容	介助が 洗顔(要・不) 歯磨き(要・不) 入歯着脱(要・不) 手洗い(要・不) 整髪(要・不) ひげそり(要・不)			
その他				

精神の状況・認知症症状

性格	<input type="checkbox"/> 温厚	<input type="checkbox"/> 明朗	<input type="checkbox"/> 我慢強い	<input type="checkbox"/> 几帳面	<input type="checkbox"/> おとなしい	<input type="checkbox"/> 頑固	<input type="checkbox"/> 根暗	<input type="checkbox"/> わがまま	
	<input type="checkbox"/> 神経質	<input type="checkbox"/> うるさい	<input type="checkbox"/> 無口	<input type="checkbox"/> 社交的	<input type="checkbox"/> その他()				
理解力	<input type="checkbox"/> 物忘れ(時々・頻繁)がある	<input type="checkbox"/> 日課の理解ができない	<input type="checkbox"/> 年齢を答えられない						
	<input type="checkbox"/> まわりへ無関心(時々・頻繁)である	<input type="checkbox"/> 直前の記憶ができない	<input type="checkbox"/> 注意散漫である						
	<input type="checkbox"/> 名前を答えられない	<input type="checkbox"/> 季節の理解ができない	<input type="checkbox"/> 場所の理解ができない						
行動	<input type="checkbox"/> 被害的になる	<input type="checkbox"/> 作話がある	<input type="checkbox"/> 幻覚	<input type="checkbox"/> 幻聴	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 感情失禁			
	<input type="checkbox"/> 感情の不安定	<input type="checkbox"/> 暴言	<input type="checkbox"/> 暴力	<input type="checkbox"/> 大声	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 興奮しやすい			
	<input type="checkbox"/> 同じ話を繰り返す	<input type="checkbox"/> 落ち着きがない	<input type="checkbox"/> 収集癖	<input type="checkbox"/> 誤認行為	<input type="checkbox"/> 放尿・放便				
	<input type="checkbox"/> 一人で部屋に戻れない	<input type="checkbox"/> 一人で外に出たがる	<input type="checkbox"/> 帰宅願望	<input type="checkbox"/> 不潔行為					
	<input type="checkbox"/> 異食行為	<input type="checkbox"/> 性的行為	<input type="checkbox"/> その他()						
介護拒否	◆食事(有・無) ◆排泄(有・無) ◆入浴(有・無) ◆薬(有・無) □その他()								
ナースコール	<input type="checkbox"/> 使用できる	<input type="checkbox"/> 使用できない	押した後	<input type="checkbox"/> 待てる	<input type="checkbox"/> 待てない				
転倒リスク	ふらつき	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	安全ベルト	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	4点柵	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
		センサーマット	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	転倒歴	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	① 年 月 日	② 年 月 日
その他									