

氏名	M T S H	年	月	日 (歳)
様	男・女	身長	cm	体重 kg

《 身体状況 》

身体状況	<input type="checkbox"/> 四肢欠損 (部位) <input type="checkbox"/> 筋力低下 () <input type="checkbox"/> 関節拘縮 () <input type="checkbox"/> 麻痺 (<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢) <input type="checkbox"/> 寝たきり
視力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 形はわかるがはっきり見えない <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 眼鏡等使用
聴力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 補聴器使用 (<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左)
言語	<input type="checkbox"/> 発語あり <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 口腔状態 <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 自歯
寝返り	<input type="checkbox"/> 可 (<input type="checkbox"/> 見守り) <input type="checkbox"/> つかまれば可 (<input type="checkbox"/> 見守り) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可
起き上がり	<input type="checkbox"/> 可 (<input type="checkbox"/> 見守り) <input type="checkbox"/> つかまれば可 (<input type="checkbox"/> 見守り) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可
座位保持	<input type="checkbox"/> 可 (<input type="checkbox"/> 見守り) <input type="checkbox"/> つかまれば可 (<input type="checkbox"/> 見守り) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可
立ち上がり	<input type="checkbox"/> 可 (<input type="checkbox"/> 見守り) <input type="checkbox"/> つかまれば可 (<input type="checkbox"/> 見守り) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可
移動動作	<input type="checkbox"/> 歩行可 (<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> つたい歩き) 移動時介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 車いす (<input type="checkbox"/> 自走可 <input type="checkbox"/> 座位保持可 <input type="checkbox"/> 要介助) 車いす移乗 <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"/> ストレッチャー
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 (<input type="checkbox"/> 見守り) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 尿意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし / 便意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> おむつ (<input type="checkbox"/> 1日中 <input type="checkbox"/> 夜間のみ)
入浴	<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"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴・座浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 (<input type="checkbox"/> 見守り) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
栄養	<input type="checkbox"/> 経口 (<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"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 治療食 () (kcal / Na g / 水分 cc) 主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥 () <input type="checkbox"/> 他 () 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 極きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 他 () <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう) (内容:) <input type="checkbox"/> 点滴 (<input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 末梢) (内容:)
皮膚状態	<input type="checkbox"/> 褥瘡 () <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 ()

《 意思疎通・認知状況 》

理解力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 簡単な内容なら可 <input type="checkbox"/> うなずき程度 <input type="checkbox"/> 不可
認知精神	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 感情失禁 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> うつ状態 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 他 ()
身体拘束	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> ベッド抑制 <input type="checkbox"/> 車いす抑制 <input type="checkbox"/> ベッド柵 <input type="checkbox"/> タッチセンサー・センサーマット

《 医療の状態 》

補液	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 24時間持続点滴		
呼吸	<input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 陽圧マスク <input type="checkbox"/> 酸素療法 (L)	<input type="checkbox"/> 気管切開	
吸引		<input type="checkbox"/> あり(8回以上/日)	<input type="checkbox"/> あり(回/日)
透析		<input type="checkbox"/> あり()	
糖尿		<input type="checkbox"/> 血糖チェック (3回以上/日… 日/週)	<input type="checkbox"/> インスリン (単位) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)
その他処置	<input type="checkbox"/> 感染隔離室におけるケア	<input type="checkbox"/> 皮膚潰瘍ケア <input type="checkbox"/> 手術創ケア <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 足のケア(感染症)	