

ご記入後、お手数ですが本用紙を直接下記FAX番号までお送り下さい。

# FAX番号: 042-712-3132

※患者様の紹介状(診療情報提供書)と一緒に送り下さい

食事	状態	自立 見守り 一部介助 全介助 経口摂取 鼻腔栄養 胃ろう )			
	形態	主食	ご飯 お粥 その他( )		
		副食	普通 やわらかめ きざみ ミキサー その他( )		
	治療食				
	嚥下	むせない 時々むせる 毎回むせる			
食欲	ある 日によりむらがある なし				
排泄	尿意	ある 時々ある なし			
	便意	ある 時々ある なし			
	日中	自立 誘導 一部介助 全介助			
		トイレ ポータブルトイレ リハパンツ おむつ 尿器			
夜間	自立 誘導 一部介助 全介助				
	トイレ ポータブルトイレ リハパンツ おむつ 尿器				
入浴	自立 見守り 一部介助 全介助				
更衣	自立 見守り 一部介助 全介助				
整容	自立 一部介助 全介助				
寝返り	自立 何かにつかまれば可 全介助				
座位	自立 背もたれあれば可 全介助				
立位	安定 不安定 不可				
歩行	安定 不安定 不可				
移乗・移動	自立 見守り 一部介助 全介助				
器具	杖 歩行器 シルバーカー 装具 車椅子(自走可 自走不可)				
睡眠	普通 眠れないことが多い 不眠 眠剤使用( )				
視力	見える 見えにくい 見えない(右 左)				
聴力	聴こえる 聴こえにくい 聴こえない(右 左)				
言語	話せる 話せるが聞き取りにくい 話せない				
喫煙	吸わない 吸う( 日 本)				
飲酒	飲まない 飲む				
理解度	理解できる 理解できない時がある 理解できない				
○認知症・精神状態・ありの場合は、( )内に具体的に様子をご記入下さい					
被害妄想	なし	時々	あり	( )	
幻覚・幻聴	なし	時々	あり	( )	
記憶障害	なし	時々	あり	( )	
感情が不安定	なし	時々	あり	( )	
昼夜逆転	なし	時々	あり	( )	
暴言・暴行	なし	時々	あり	( )	
大声を出す	なし	時々	あり	( )	
介護に抵抗	なし	時々	あり	( )	
抑制	なし	時々	あり	( )	
徘徊	なし	時々	あり	( )	
帰宅願望	なし	時々	あり	( )	
○医療処置					
点滴 IVH(中心静脈栄養)	気管切開 吸引( 回/日)		酸素 ( ℓ/分)		
人工呼吸器	疼痛の管理		インシュリン注射 ( 回/日)		
カテーテル( )	ストーマ(人工肛門)		膀胱ろう		
褥瘡(床ずれ)(部位	大きさ	深さ	ポケット 有・無 )		
(処置内容	)				
皮膚疾患 (部位	大きさ	深さ	)		
(処置内容	)				
その他 (					
内科以外の通院 無・有 (	科	月/回	病名 )		