

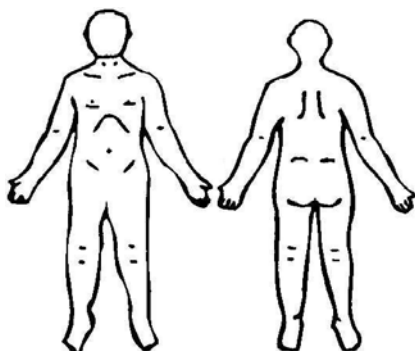
身体状態情報提供書

患者氏名 _____ 様

作成日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

項 目	活 動 状 況
現在の医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴（終了予定： _____ ） <input type="checkbox"/> 人工呼吸器
	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養（終了予定： _____ ） <input type="checkbox"/> 気管切開
	<input type="checkbox"/> 吸痰（ _____ 回/日） <input type="checkbox"/> 酸素（ _____ L/分）
	<input type="checkbox"/> インスリン（量： _____ ） <input type="checkbox"/> 間歇導尿
	<input type="checkbox"/> 褥瘡（部位： _____ 程度： _____ ）
身体状況	自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J 一部自立（ほぼ自立、独力外出） <input type="checkbox"/> A 準寝たきり（屋内ほぼ自立、外出は介助） <input type="checkbox"/> B 寝たきり（日中ほぼベット上、座位可能） <input type="checkbox"/> C 寝たきり（常時ベット上、外出は介助）
	肢体麻痺 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 麻痺あり（部位 _____ ）
	移 乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまって可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	歩 行（移動） <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 車椅子（自立・介助） <input type="checkbox"/> ストレッチャー [杖、歩行器、装具、他 _____]
	食 事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セットング（見守り） <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	嚥 下 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 時々ムセあり（ _____ ） <input type="checkbox"/> 困難（嚥下障害：有・無）
	食事形態 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯・軟菜 <input type="checkbox"/> お粥・刻み <input type="checkbox"/> 重湯・ミキサー
	経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻（ _____ ） <input type="checkbox"/> 胃瘻（ _____ ） <input type="checkbox"/> 腸瘻（ _____ ）
	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 [リハパン、オムツ、PTイレ、バルーン留置]
	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 [一般浴、特浴、シャワー浴、清拭]
	視 力 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 近くは見える <input type="checkbox"/> 殆ど見えない <input type="checkbox"/> 全盲（病歴 _____ 眼鏡：有・無）
	聴 力 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 大きな声で話しかける <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴（病歴 _____ 補聴器：有・無）
	言 葉 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由（言語障害：有・無）
	意思疎通 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 出来るが不完全 <input type="checkbox"/> 基本的要求のみ可能 <input type="checkbox"/> 困難
理 解 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 出来るが不完全 <input type="checkbox"/> 基本的要求のみ可能 <input type="checkbox"/> 困難	
認知症	認知症 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度
	記憶障害 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度
	見当識障害 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度
	判断力障害 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度
問題行動	精神症状 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 不穏行為 <input type="checkbox"/> 情緒不安定 <input type="checkbox"/> せん妄（夜間） <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 意欲減退
	行動障害 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 常同行動 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力行為 <input type="checkbox"/> 易怒・不機嫌 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 異食、盗食 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 不安症 <input type="checkbox"/> 弄便、放尿

* 特記事項・その他



- 欠損
- 麻痺
- 筋力低下
- 褥瘡
- その他

- ・介護保険
- 要支援1
- 要支援2
- 要介護1
- 要介護2
- 要介護3
- 要介護4
- 要介護5