

≪日常生活動作状況≫

患者氏名 様 生年月日 M ・ T ・ S 年 月 日 () 歳

機 関 名 記 載 日 R 年 月 日 [職 種 () 記 載 者 ()]

移動	☐ 歩行 自立歩行 ・ 歩行見守り ・ 杖歩行 ・ 装具 () ☐ 車椅子 自走 ・ 一部介助 (介助内容 :) ・ 全介助 ☐ 寝たきり (寝返り → 可 ・ 不可) ☐ 自発開眼 ☐ 呼びかけにて開眼 ☐ 痛みにて開眼 ☐ 開眼なし									
栄養	☐ 経口摂取 摂取 → 自立 (箸 ・ スプーン) ・ 一部介助 ・ 全介助 / 内容 → 一般食 ・ 特別食 () 主食 : 米飯 ・ おかゆ / 副食 : 普通 ・ 刻み ・ ゼリー食 ・ ムース食 ・ ミキサー食 ・ その他 ()									
	☐ 経管栄養		造設日 : R 年 月 日 次回交換日 : R 年 月 日 メーカー () タイプ () 製品名 () シャフト径 (Fr) / シャフト長 (cm) ●経管栄養の場合、投与している栄養剤 ()							
	☐ PPN (24時間キープ ・ それ以外)									
	☐ TPN 挿入部位 → () 挿入部の長さ → (cm)									
排泄	日中 : 自立 ・ トイレ誘導 ・ 尿器 ・ ポータブルトイレ ・ リハビリパンツ ・ おむつ ・ バルーンカテーテル 夜間 : 自立 ・ トイレ誘導 ・ 尿器 ・ ポータブルトイレ ・ リハビリパンツ ・ おむつ ・ バルーンカテーテル ☐ 膀胱ろう (造設日 : 年 月 日) ☐ 人工肛門 (造設日 : 年 月 日)									
更衣	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助									
入浴形態	一般浴 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助) ・ リフト浴 ・ ストレッチャー浴 ・ 清拭									
意思疎通	☐ 正常に会話ができる ☐ 会話に混乱がある ☐ 混乱した単語のみ ☐ 理解不能の音声のみ ☐ 発語なし ☐ その他 ()									
身体状況	身長 : cm 体重 : kg 言語障害 (無 ・ 有) 視力 () 聴力 () 義歯 (無 ・ 有) ☐ 麻痺 部位 (部) 書字 (可 ・ 不可) ☐ 褥瘡 部位 (部) 大きさ (cm × cm) 処置内容 () 部位 (部) 大きさ (cm × cm) 処置内容 ()									
精神面 など	いずれかに必ずレ点をお願いします。 ☐ なし ☐ 夜間不穏 ☐ 昼夜逆転 ☐ その他 () ☐ 幻視 ☐ 不潔行為 ☐ 暴言 ※精神面の具体的エピソードをご記入をお願いします ☐ 幻聴 ☐ 異食行為 ☐ 暴行 ☐ 妄想 ☐ 性的問題行動 ☐ 徘徊 ☐ 独語 ☐ 介護抵抗 ☐ 離棟									
感染症	☐ 結核既往歴 (年 月頃) 該当するものがある場合、検査データをご添付ください。									
	☐ HBV (+ ・ - ・ 未検) + の場合、その詳細 → () 検査日 : R 年 月 日									
	☐ HCV (+ ・ - ・ 未検) + の場合、その詳細 → () 検査日 : R 年 月 日									
	☐ MRSA (+ ・ - ・ 未検) より検出 検査日 : R 年 月 日									
	☐ 梅毒 (+ ・ - ・ 未検) 検査日 : R 年 月 日									
	☐ 疥癬 (+ ・ - ・ 未検) 検査日 : R 年 月 日									
※皮膚症状 無 ・ 有 (部位 : 症状 :)										
禁忌・ アレルギー	無 ・ 有 ※有の場合記載をお願いします ()									
医療行為他	☐ 気管切開 (年 月 日施行) ☐ 酸素 (L / min 在宅酸素 : 無 ・ 有) ☐ 痰 : 自己喀出可 ・ 定期吸引なし ・ 吸引 (約 回 / 日) ☐ ペースメーカー (年 月 日植込) ☐ 輸血歴 (年 月 日 / 量 : 成分 :) ☐ 身体拘束 部位 () 手段 () / 部位 () 手段 () ☐ 禁忌事項 ()									
意識レベル (JCS) : I - 1 I - 2 I - 3 II - 1 0 II - 2 0 II - 3 0 III - 1 0 0 III - 2 0 0 III - 3 0 0										
意識レベル (GCS) : 開眼 (点) 言語反応 (点) 運動反応 (点) 合計 (点)										
認知症老人日常生活自立度 : I II a II b III a III b IV M										
障害老人日常生活自立度 : J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2										
精神科 入院歴	☐ 有 直近の入院機関名 () ☐ 無 入院形態 : 任意 ・ 医療保護 (家族等 : 続柄 :) ・ その他の入院形態 ()									

