

患者氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	身長	cm	血液型	
		年齢	才		体重	kg		
住所								
病名			ICDコード		発症日	平成 年 月 日		
現病歴								
既往歴								
医学管理	<input type="checkbox"/> 点滴・注射 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ペースメーカー							
身体障害	<input type="checkbox"/> 左麻痺 <input type="checkbox"/> 右麻痺 <input type="checkbox"/> 不全 <input type="checkbox"/> 完全麻痺 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 知覚障害 <input type="checkbox"/> 講音障害 <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 視野障害 <input type="checkbox"/> 神経因性膀胱 <input type="checkbox"/> 対麻痺							
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 具体的症状							
理解力	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		コミュニケーション方法	<input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> うなづき <input type="checkbox"/> ジェスチャー				
異常行動	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> その他 ( )							
意識障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> GCS							
認知症状	認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M							
褥瘡	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		部位	大きさ				
感染症 検査日	HBs抗原( ) HCV( ) Wa( ) MRSA( ) HIV( ) 疥癬( ) その他( )							
食事	栄養ルート	<input type="checkbox"/> 経口 ( <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> ST訓練時 <input type="checkbox"/> お楽しみ程度 ) <input type="checkbox"/> 経管胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> IVH						
	姿勢	度 ( <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 車椅子 )						
	食形態	【主】 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 粥ペースト <input type="checkbox"/> 粥ゼリー 【副】 <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 ( <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み ) <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> ゼリー 【種】 <input type="checkbox"/> 糖尿食 <input type="checkbox"/> 減塩食 <input type="checkbox"/> 腎臓食						
	水分	<input type="checkbox"/> トロミ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い )						
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
義歯	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下							
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		車椅子移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不可							
歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 車椅子使用 使用機器 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 装具							
排泄	尿意 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 便意 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル留							
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 ( <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 自立 ) <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭							
ナースコール	<input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない		転倒・転落・離床・離棟の危険性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
内服薬・外用薬・注射				特殊治療				
職業			リハビリ意欲	患者家族への説明				
家族構成			本人 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	患者家族の希望				
キーパーソン			家族 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
社会保険	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 後期・前期高齢者 <input type="checkbox"/> 自賠責 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 特定疾患							
介護保険	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 ( 介護度 )		ケアマネージャー					
身障手帳	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 ( 級 )							
住宅環境	<input type="checkbox"/> 一軒屋 <input type="checkbox"/> 集合住宅 ( <input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 )		持家 <input type="checkbox"/> 借家	段差	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
備考								
病院 記入者								

\* 診療情報提供書、血液データの添付をお願いします。  
 \* 感染症において、MRSA・HIV・疥癬については、データがあれば記載してください。