

患者氏名

記入者氏名

職種

記入日

患者状況

意識障害	無・有	昏睡 傾眠 混濁 その他 ()
・ JCS : 0 I-1 I-2 I-3 II-10 II-20 II-30 III-100 III-200 III-300		
精神症状 又は認知症	無・有	記憶障害 見当識障害 感情失禁 夜間せん妄 不潔行為 易怒性 暴力行為 暴言 声出し 被害妄想 幻覚 抑うつ 意欲低下 徘徊 健忘 作話 その他 ()
抑制	無・有	ミトン型手袋 体幹抑制 介護衣(つなぎ服) ベッドを柵で囲む(サークルベッド使用含む) Y字型拘束帯 その他(ひも・車いすテーブル等) 抑制の理由 ()
麻痺	無・有	(完全・不全) 麻痺 片麻痺(左/右) 単麻痺(部位:) 四肢麻痺
拘縮	無・有	部位: 痛み: 無 / 有
コミュニケーション障害	無・有	失語症 構音障害 その他 () 理解: 可能 簡単な内容なら可能 困難 発語: 可能 簡単な単語なら可能 可能だが聞き取りづらい 不可能 発語以外でコミュニケーション可能(ジェスチャー 筆談 文字盤 その他)
嚥下障害	無・有	状態:
聴覚障害	無・有	ほとんど聞こえない 耳元で大きな声で聞こえる 補聴器を使用すれば聞こえる
視力障害	無・有	全く見えない 歩行に支障あり 歩行に支障なし
褥瘡	無・有	部位: 大きさ: 処置内容
その他		気管切開 (無 / 有: 気管カニューレ Fr) 人工呼吸器 (無 / 有) 酸素投与 (無 / 有: 1/分) 吸引 (無 / 有: hr毎 あるいは 回/日) 皮膚疾患 (無 / 有:) 血糖検査 (無 / 有: 回/日) インスリン注射 (無 / 有: 回/日) 透析療法 (無 / 有 回/週 曜日:) ペースメーカー (無 / 有: 次回点検日)

患者氏名

記入者氏名

職種

記入日

ADL（日常生活動作）等

移動	歩行	自立 介助 不能	使用する福祉用具： 杖 歩行器 その他（ ）			
	車椅子	移乗（自立／要介助） 操作（自立／要介助）	種類	普通型	リクライニング型	
起坐	自立 一部介助 全介助					
座位保持	可能（ 30分以上 / 30分未満 : 背もたれ 要 / 不要 ）	不能				
寝返り	自立 一部介助 全介助					
食事	経口摂取	（ 自立 / 自力で可能だが時間を要す / 一部介助 / 全介助 ）				
	食形態	主食（ 飯 / 粥 / ミキサー / その他 ）				
		副食（ 普通 / キザミ / みじん / ミキサー / その他 ）				
	補給法	摂取量	3 / 4 以上	3 / 4 ~ 1 / 4	1 / 4 以下	
		経鼻経管栄養（ Fr c m） 胃ろう（ボタン型・チューブ型・バルーン型・バンパー型 設置日 年 月 日） その他				
	中心静脈栄養 末梢点滴 その他（ ） 禁食					
検査値	TP	g/dl	Alb	g/dl	Hb	g/dl
身長・体重	身長	cm	体重	kg	（計測日 年 月 日）	
排泄	尿意（無 / 有）・人工膀胱（無 / 有） 便意（無 / 有）・人工肛門（無 / 有）					
	自立 自力で可能だが時間を要す 一部介助 全介助	方法： トイレ 尿・便器 ポータブルトイレ オムツ バルーン 他（ ）				
更衣	自立 自力で可能だが時間を要す 一部介助 全介助					
洗面	自立 自力で可能だが時間を要す 一部介助 全介助					
入浴	自立 自力で可能だが時間を要す 一部介助 全介助					
	方法： 家庭浴 シャワー浴 機械浴 清拭 その他（ ）					
ナースコール	可能 不能 特殊コール使用（無/有）					
・MRSA： +（痰・尿・膿・その他） ・ - ・ 検査日 年 月 日 ・ 未実施						
・HCV： +・- ・ 検査日 年 月 日 ・ 未実施 ・HBV： +・- ・ 検査日 年 月 日 ・ 未実施						
・梅毒： +・- ・ 検査日 年 月 日 ・ 未実施 ・疥癬： 有（罹患日 ） ・ 無						
・その他の感染症： 有（ ） ・ 無						