

# 日常生活の状況

患者氏名 \_\_\_\_\_ 殿 (男・女) 大正・昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 \_\_\_\_\_ 歳

介護度	1・2・3・4・5・未申請・申請中( 年 月)
身体障害者手帳	無・有(障害名 _____ 種 級 _____ 年 月交付)・申請中( 年 月)

意識障害	有・無	1, 昏睡 2, 傾眠 3, 混濁 4, その他 :
精神障害 (認知症状)	有・無	1, 記憶障害 2, 記銘力障害 3, 見当識障害 4, 感情失禁 5, 夜間せん妄 6, 意欲低下 7, 不潔行為 8, 暴力行為 9, 徘徊 10, その他 :
麻 痺	有・無	1, 四肢麻痺 2, 対麻痺 3, 片麻痺( 右・左 ) 4, 単麻痺( )
拘 縮	有・無	部位: _____ 痛み 有・無
言語障害	有・無	1, 発語不能 2, 発語はできるが意味をなさない 3, 会話はできるが聞き取りにくい 4, 単語のみ発語可能
聴力障害	有・無	1, 全く聞こえない 2, ほとんど聞こえない 3, 補聴器を使用すれば聞こえる 4, 大声で聞こえる
視力障害	有・無	1, 全く見えない 2, 見えにくい (歩行に支障あり・歩行に支障なし) → 病名: _____
褥 瘡	有・無	部位: _____ 大きさ: _____
食 事 食事法		1, 自立(セッティング要・不要) 2, 一部介助 3, 半介助 4, 全介助 所要時間( )分 1, 経口摂取 2, 鼻腔栄養 3, 胃ろう ※2~3の場合栄養内容 ( ) 内容: 主菜 _____ 副菜 _____ 飲み物: とろみ( 有・無 )
排 泄		1, 自立 2, 自力で可能だが遅い 3, ポータブルトイレ(自立・要介助) 4, バルーンカテーテル 5, 尿器使用 6, オムツ使用
起 座		1, 自立 2, 一部介助 3, 全面介助
座位保持		1, 長時間可能 ( 30分以上 ) 背もたれ( 要・不要 ) 2, 短時間可能 背もたれ( 要・不要 ) 3, 不可能
移 動		歩 行 1, 自立 2, 自力で可能だが遅い 3, 杖歩行 4, つたい歩き 5, 歩行器 6, 介助歩行 7, 歩行不能 車椅子 1, 移乗( 自立・要介助 ) 2, 操作( 自立・要介助 )
寝 返 り		1, 自立 2, 一部介助 3, 全面介助
医療処置		<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素( _____ ℓ ) <input type="checkbox"/> IVH 内容( _____ ) <input type="checkbox"/> 血糖測定( _____ 回/日 ) <input type="checkbox"/> インシュリン注射( _____ 回/日・計 _____ 単位) <input type="checkbox"/> 吸引( _____ 回/日 ) <input type="checkbox"/> 吸入( _____ 回/日 ) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
特記事項		

身長・体重 \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 記載者: \_\_\_\_\_