

日常生活状況

食 事	<input type="checkbox"/> 経口 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティングのみ <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> IVH 主食 : <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全・分粥 副食 : <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 制限食 _____ kcal () ・塩分 _____ g () <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> オムツ (<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ) <input type="checkbox"/> リハパンツ (特記事項 :)	
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	尿意 : <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 便意 : <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
移 乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
移 動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
座位保持	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 (分間)	
寝 返 り	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可	エアーマット <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
入 浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)	
睡 眠	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不穏	睡眠薬服用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
意思疎通	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 (<input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> うなずき <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> 表情)	
ナースコール	<input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない	
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
麻 痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 体幹) 麻痺のレベル ()	
問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 独語) (<input type="checkbox"/> その他 :) 安全対策 : <input type="checkbox"/> 抑制ベルト (<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 体幹) <input type="checkbox"/> ミトン (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 車椅子ベルト <input type="checkbox"/> センサーマット <input type="checkbox"/> その他 ()	

障害状況

意識障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (JCS)
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (HDS-R 点 / MMSE 点)
高次脳障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害)

処置内容

吸 引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (回 / 日)
気 切	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
褥 瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位 /) (大きさ /) (薬 /)
酸 素	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ℓ) (SpO2)
感 染 症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> B 型肝炎 <input type="checkbox"/> C 型肝炎 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> その他 :)

現在のリハビリの状況

P T	
O T	
S T	

その他の基礎情報

診療費 区分	健保		国保	高齢者受給者証 有 ・ 無	後期 高齢者	生保	労災	自賠 担当者・連絡先	保険会社
	本人	家族							

転院にあたって主治医の先生からの本人・家族への説明（後遺症や予後などについて）

説明相手 本人 家族 その他（ ）

説明内容

退院先・退院後の希望

自宅（同居 独居） 施設 その他

在宅復帰における希望とするADL等

本人 家族

家族状況



キーパーソン（続柄： ）

病前の生活状況

特記事項