

日常生活の状況	食事	<input type="checkbox"/> 経口 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティング要 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <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 ()	
	嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	排泄	<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:) <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	
	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 <input type="checkbox"/> 非実施	
	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 (特記事項:)	
	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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 (<input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> うなづき <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> 表情) <input type="checkbox"/> 不可	
	ナースコール	<input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない	
	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) 麻痺の程度 ()	
	行動障害	<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"/> センサーマット等 <input type="checkbox"/> その他 ()	

障害	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	<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	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:)	

リハビリの状況	算定区分	<input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 運動器 <input type="checkbox"/> 廃用症候群 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 心大血管 起算日: 年 月 日	
	P T		
	O T		
	S T		

入院後の経過			
--------	--	--	--

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

病前の生活状況

退院先・退院後の希望

自宅（ 同居 独居） 施設（ ） 未定

在宅復帰における希望とするADL等

本人

家族等

介護保険 未申請 申請中（新規） 取得済（要介護度： ） 区変申請中 不明

介護保険サービス利用 無 有 ケアマネ：事業所 氏名

医療保険 健保（ 本人 家族） 国保 高齢者受給者証（ 有・ 無） 後期高齢 生保 労災

自賠責 [保険会社・担当者・連絡先]

家族の状況

キーパーソン [関係：]

特記事項