

基本動作・リハビリテーション	<p>○寝返り（自立・時間をかければ自分でできる・一部介助・全介助）</p> <p>○起き上がり（自立・柵や手すりなど使えばできる・一部介助・全介助）</p> <p>○座位（できる・支えや背もたれがあればできる・支えがあり40分位ならできる・できない）</p> <p>○起立（自立・つかまればできる・一部介助・できない）</p> <p>○立位（できる・支えがあればできる・支えがあり短時間ならできる・できない）</p> <p>○移乗（自立・声かけや見守り・一部介助・全介助）</p> <p>○歩行 { 自立・見守りや声かけ・限られた範囲_____m位 物につかまれば可能又は、手つなぎ・歩行器・シルバーカー・不可能 }</p> <p>○車椅子（自走・見守りや声かけ・一部介助・全介助）</p> <p>○麻痺の有無（無・有（_____））</p> <p>○拘縮の有無（無・有（_____））</p>	
身体状況	<p>皮膚疾患（有：処置の内容や病名を空欄に記入 無）</p> <p>褥瘡（有：部位や処置の内容を空欄に記入 無）</p> <p>痛み（有：部位等を空欄に記入 無）</p> <p>受診の必要性（有：空欄に詳しく記入 無）</p>	
心理・社会面について	<p>○聴力 { 普通・大きい声で片方で聞く（右・左）・聞こえるが理解できない 聞こえない（<u>補聴器</u> 有・無） }</p> <p>○視力 { 普通・見えにくいが生活に支障ない・人の区別がつく 見えない（右/左）（<u>眼鏡</u> 有・無） }</p> <p>○飲酒（有：飲酒量 /日・無） ○喫煙（有： 本/日・ 無） 有の場合→喫煙の意思： 有 無</p> <p>○コミュニケーション { 可能・言葉以外で可能（身振り・筆談・その他）理由 _____ かろうじて話の理解が可能・意思表示のみ・不可能 }</p> <p>○言語障害（有・無）</p> <p>○記憶（問題ない・年相応・最近の事を頻繁に忘れる・直前の事も記憶できない）</p> <p>○生年月日が（言える・言えない） ○時間の管理が（出来る・出来ない）</p> <p>○複雑な人間関係の保持が（出来る・出来ない）</p> <p>○精神状態（当てはまる項目に<input checked="" type="checkbox"/>して下さい） <input type="checkbox"/>徘徊 <input type="checkbox"/>収集癖 <input type="checkbox"/>失禁 <input type="checkbox"/>不潔行為 <input type="checkbox"/>異食 <input type="checkbox"/>放尿/排泄異常行為 <input type="checkbox"/>早食い <input type="checkbox"/>せん妄 <input type="checkbox"/>拒絶 <input type="checkbox"/>妄想 <input type="checkbox"/>暴力行為 <input type="checkbox"/>不眠/夜間不穏 <input type="checkbox"/>無気力 <input type="checkbox"/>重ね着 <input type="checkbox"/>見当意識障害 <input type="checkbox"/>独語 <input type="checkbox"/>奇声 <input type="checkbox"/>その他</p>	
※精神状態 <input checked="" type="checkbox"/> 項目について具体的に記入してください。	※日中・夜間の過ごし方（様子など）ご記入ください。その他何かあれば記入ください。	