

7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

| | | | | | | | | |
|-----------------|-----------|--|--------------|-------|---|---|---|--------------|
| 麻痺の状況 | | なし | 軽度 | 中度 | 重度 | 麻痺部位 | | |
| A D L | 移動 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 移動(室内) | <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 | |
| | 移乗 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 移動(屋外) | <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 | |
| | 更衣 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 起居動作 | 自立 | 見守り 一部介助 全介助 |
| | 整容 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 褥瘡の有無 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | |
| | 入浴 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 食事 | 自立 | 見守り 一部介助 全介助 |
| 食事内容 | 食事回数 | ()回/日 (朝 時頃 ・昼 時頃 ・夜 時頃) | | | | 食事制限 | <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 | |
| | 食事形態 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー | | | | UDF等の食形態区分 | | |
| | 摂取方法 | <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 | | 水分とろみ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 水分制限 | <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 | |
| 口腔 | 嚥下機能 | むせない | 時々むせる | 常にむせる | 義歯 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総) | | |
| | 口腔清潔 | 良 | 不良 | 著しく不良 | 口臭 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | |
| 排泄* | 排尿 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | ポータブルトイレ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時 | |
| | 排便 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | オムツ/パッド | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時 | |
| 睡眠の状態 | | 良 | 不良 () | | 眠剤の使用 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | |
| 喫煙 | | 無 | 有 ____本くらい/日 | | 飲酒 | 無 | 有 ____合くらい/日あたり | |
| コミュニケーション能力 | 視力 | 問題なし | やや難あり | 困難 | | 眼鏡 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | |
| | 聴力 | 問題なし | やや難あり | 困難 | | 補聴器 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | |
| | 言語 | 問題なし | やや難あり | 困難 | | コミュニケーションに関する特記事項： | | |
| | 意思疎通 | 問題なし | やや難あり | 困難 | | | | |
| 精神面における療養上の問題 | | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |
| 疾患歴* | | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |
| 入院歴* | 最近半年間での入院 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由： _____ 期間： H 年 月 日 ~ H 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明 | | | | | | |
| | 入院頻度 | <input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて | | | | | | |
| 入院前に実施している医療処置* | | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

| | | | |
|-------------|---|----------|--|
| かかりつけ薬局名 | | 電話番号 | |
| 内服薬 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | 居宅療養管理指導 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種：) |
| 薬剤管理 | <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者： _____ ・管理方法： _____) | | |
| 服薬状況 | <input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否 | | |
| お薬に関する、特記事項 | | | |

9. かかりつけ医について

| | | | |
|--------------|--------|---------|---|
| かかりつけ医機関名 | | 電話番号 | |
| 医師名 | (フリガナ) | 診察方法・頻度 | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = ()回 / 月 |
| かかりつけ歯科医療機関名 | 電話番号 | | |
| その他受診医療機関名 | | | |

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連