

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  | 褥瘡の有無   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )   |     |      |     |
| A<br>D<br>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   |   |   |     |      |     |
|                 | 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<br><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<br><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<br><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<br><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)<br><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、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<br><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<br><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<br><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

|             |   |          |   |
|-------------|---|----------|---|
| 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       | (ワカナ) | 診察方法・頻度 | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療<br>・頻度 = ( ) 回 / 月 |

\* = 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