

7.身体・生活機能の状況・療養生活上の課題について

<b>麻痺の状況</b>		なし	軽度	中度	重度	<b>褥瘡の有無</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )			
<b>A D L</b>	<b>寝返り</b>	自立	つかまれば可	全介助						
	<b>起き上り</b>	自立	つかまれば可	全介助						
	<b>座位保持</b>	自立	支えれば可	全介助						
	<b>移動</b>	自立	見守り	一部介助	全介助	<b>移動(室内)</b>	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	<b>移乗</b>	自立	見守り	一部介助	全介助	<b>移動(屋外)</b>	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	<b>更衣</b>	自立	見守り	一部介助	全介助	<b>整容</b>	自立	見守り	一部介助	全介助
	<b>入浴</b>	自立	見守り	一部介助	全介助	<b>入浴方法</b>	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> 訪問入浴			
<b>食事</b>	自立	見守り	一部介助	全介助	<b>食事摂取方法</b>	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養				
<b>食事内容</b>	<b>食事回数</b>	( ) 回/日 (朝 時頃・昼 時頃・夜 時頃)				<b>食事制限</b>	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	<b>食事形態</b>	主食 (普通・軟飯・粥・ミキサー) 副食 (普通・軟菜・刻み・ペースト)								
	<b>水分とろみ</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<b>水分制限</b>	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明					
<b>口腔</b>	<b>嚥下機能</b>	むせない	時々むせる	常にむせる	<b>義歯</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)				
	<b>口腔清潔</b>	良	不良	著しく不良	<b>口腔ケア</b>	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
<b>排泄*</b>	<b>排尿</b>	自立	見守り	一部介助	全介助	トイレ・ポータブル・オムツ・カテーテル・ストマ・その他( )				
	<b>排便</b>	自立	見守り	一部介助	全介助	失禁 (なし・あり) 緩下剤使用 (なし・あり)				
<b>睡眠の状態</b>	良	不良 ( )		<b>眠剤の使用</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
<b>喫煙</b>	無	有 ___本くらい/日		<b>飲酒</b>	無	有 ___合くらい/日あたり				
<b>コミュニケーション能力</b>	<b>視力</b>	問題なし	やや難あり	困難	<b>眼鏡</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )				
	<b>聴力</b>	問題なし	やや難あり	困難	<b>補聴器</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	<b>言語</b>	問題なし	やや難あり	困難	<b>コミュニケーションに関する特記事項 :</b>					
	<b>意思疎通</b>	問題なし	やや難あり	困難						
<b>精神面における療養上の問題</b>	<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 ( )									
<b>疾患歴*</b>	<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 ( )									
<b>入院歴*</b>	<b>最近半年間での入院</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり (理由: 期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)								
	<b>入院頻度</b>	<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								
<b>入院前に実施している医療処置*</b>	<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

<b>内服薬</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	<b>居宅療養管理指導</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種: )
<b>薬剤管理</b>	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者: ・管理方法: )		
<b>服薬状況</b>	<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		
<b>お薬に関する、特記事項</b>			

\* = 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