

貴病院名

身体状況確認書

患者様の氏名

(男・女)

生年月日 M・T・S 年 月 日(歳)

＜心身状況＞	
意識レベル	(3-3-9度方式) I-0 I-1 I-2 I-3 ・ II-1 II-2 II-3 ・ III-1 III-2 III-3
認知症	無 ・ 有 (軽度 ・ 中度 ・ 高度)
問題行動	無 ・ 有 見当識 ・ 大声 ・ 不穏 ・ せん妄 ・ 徘徊 ・ 暴力行為 ・ 不潔行為
麻痺	無 ・ 有 対麻痺 ・ 右片麻痺 ・ 左片麻痺 ・ 単麻痺(部位:)程度(軽度・中度・重度)
言語障害	無 ・ 有 発語不能 ・ 失語症 ・ 構音障害 ・ その他
高次脳障害	無 ・ 有
聴力障害	無 ・ 有 全く聞こえない ・ 大きな声であれば聞こえる ・ 補聴器使用
視力障害	無 ・ 有 全く見えない ・ 大きな字であれば見える ・ 歩行に支障をきたす ・ 眼鏡使用
感染症	無 ・ 有 MRSA(部位) HCV ・ HBV ・ 梅毒
皮膚疾患	無 ・ 有 疥癬 ・ その他
褥瘡	無 ・ 有 部位 大きさ
その他	無 ・ 有 気管切開 [カニューレ 無 ・ 有] 気切閉鎖の見込み[無 ・ 有] 吸引 (回数 回/日) 酸素吸入 () ・ 呼吸器 ・ 人工肛門 IVH ・ 透析 ・ その他 ()
他科受診	無 ・ 有 (科)
リハビリ実施状況	未実施 ・ PT ・ OT ・ ST 実施中
＜ADL＞	
寝返り	不可 ・ 全介助 ・ 一部介助 ・ 自立
座位保持	不可 ・ 支えがあれば可 ・ 可 (分位)
車椅子	移乗 (不可 ・ 要介助 ・ 自立)操作(不可 ・ 可)
起立	起立不能 ・ 全介助 ・ 一部介助 ・ 自立
歩行	歩行不能 ・ 介助歩行 ・ 歩行器使用 ・ 杖歩行 ・ 独歩 装具 (無 ・ 有) 作製 (未 ・ 済)
更衣	全介助 ・ 一部介助 ・ 自立
整容	全介助 ・ 一部介助 ・ 自立
食事	全介助 ・ 経管栄養 (鼻腔 ・ 胃瘻) ・ 一部介助 ・ 自立 (箸 ・ スプーン)
食事形態	常食 ・ 全粥 ・ 5分粥 ・ 3分粥 一口大 ・ キザミ ・ ペースト ()食 ()kcal
排泄	オムツ ・ バルーン ・ ポータブル(介助 ・ 自立) ・ トイレ (介助 ・ 自立)
	便意 無 ・ 有 尿意 無 ・ 有
入浴	機械浴 ・ 一般浴(全介助 ・ 一部介助 ・ 自立) ・ シャワー浴 ・ 清拭のみ
ナースコール	押せない ・ 押せる
意志疎通	不可 ・ 可 (会話 ・ うなづき ・ ジェスチャー ・ 表情 ・ 道具使用)
睡眠	不眠 ・ 良眠 ・ 眠剤服用
その他	回復期リハビリ終了後の希望 : 自宅 ・ 施設 ・ ()
	介護保険有(介護度) ・ 無 申請中 ・ 未申請

※おわかりになる範囲でご記入ください。