

あなたの リハビリ手帳



リハビリ手帳に関わる皆様方へ

この手帳はリハビリを必要とする県民ならびにそのご家族、また医療・介護・福祉等関係職の方々に、神奈川県理学療法士会・神奈川県作業療法士会・神奈川県言語聴覚士会が合同で作成した情報共有のためのツールです。できるだけ分かりやすく、かつできる限り早くに有益なリハビリ情報を皆様にお届けできるよう、情報をアップデートしていきますので、さまざまな場面でご活用ください。

リハビリ手帳をご利用されるご本人・ご家族の方々へ

このリハビリ手帳は、病気やケガで体に障害を持たれている方やそのご家族に対し、地域にて保健・医療・福祉・介護などのサービスを入院(入所)されている方は退院(退所)された時から、また在宅生活されている場合でも、適時・適切にリハビリ情報を提供できるようにするための大切な情報源です。

病院、施設等でリハビリを受ける場合や、訪問サービス(ヘルパーさんや訪問看護師さんなど)を受けた場合にも、ぜひこの手帳を提示して、これまでのリハビリ情報を見てもらうことをご参考いただき、また手帳に新たな情報を追記していただくなどご活用ください。

関わりを持たれるリハビリスタッフのみなさまへ

(病院および介護・福祉サービスを担当する方々)

地域在宅生活において、ご本人に適切なリハビリテーションサービスを継続して提供できるようにするため、またご本人をサポートする関連他職種の方々へ分かりやすく、かつタイムリーなリハビリテーション情報を提供していく必要があります。

地域包括ケアシステムを構成する一員として、日々の業務で得た有益なリハ情報をこの「リハビリ手帳」に集約していくことで、リハビリテーションを必要とする患者様やご利用者、そのご家族、関連他職種の皆様方にとって必要不可欠なツールとなることを願っております。

- ①ご本人かそのご家族がこのリハビリ手帳を持参した場合には、お手数をお掛けしますが、実施内容やお気づきの点など必要事項をご記入ください。
- ②もし必要なリハサービスを記載するページが無い、もしくは余白が無いなどの状況がございましたら、大変申し訳ございませんが神奈川県理学療法士会HPより各自ダウンロード・印刷にて補充をお願い致します。

※ 全てのページの印刷やご記入を求めるものではございません。

担当される患者様やご利用者によって伝えるべきリハビリ情報はさまざまです。必要な項目ページのみ印刷・作成し、必要な項目のみ記入していくカスタムして下さい。

- ③リハビリ職種以外の医療、介護、福祉に係る他職種の皆様方におかれましても、担当者としてお気づきの点やサービスの実施内容等、是非とも必要な情報を本手帳にご記入いただけると幸いです。
- ④なお、リハビリ手帳に含まれる情報はご利用者本人のもので、かつ個人情報であることから、個人情報保護に関する法律に則り取り扱うようお願い致します。

以上の意義をご賢察くださいますと、
ご記入にご協力いただきますようお願い申し上げます。

リハビリ基本情報

ふりがな		性 別	生年月日
氏 名		(男・女)	明・大 昭・平 年 月 日
住 所	〒(-)		
電 話	(自宅) - -	(携帯)	- -

緊急連絡先	優先度 1	(続柄)
		- -
	優先度 2	(続柄)
		- -



【家族構成】

【趣味/嗜好】

【あなたの思い・希望】

診断名／合併症／後遺症など

診断名	年 月	診断名	年 月

あなたのヒストリー

※これまでの職歴や経験談、体験談、理念など 自由にご記入ください。

リハビリを受けた（受けている）医療機関 No. _____



番号	医療機関、その他施設名	疾患・傷病名	入院期間または施設利用期間
			年 月 ~ 年 月
			年 月 ~ 年 月
			年 月 ~ 年 月

手術歴（術式や禁忌）



番号	術式や手術方法	実施年月日	備考（禁忌肢位や注意点など）

入院中に行ったリハビリの記録

番号	実施年月日	リハビリの内容など
「 」 番の医療機関	年 月 日 ~ 年 月 日 [PT・OT・ST]	
「 」 番の医療機関	年 月 日 ~ 年 月 日 [PT・OT・ST]	
「 」 番の医療機関	年 月 日 ~ 年 月 日 [PT・OT・ST]	

介護保険を利用されている方へ

介護保険やその他制度・サービスを利用されている方

保険サービス・利用 されている他制度	介護保険	事業対象者 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5				
	身体障害者手帳	1級	2級	3級	4級	5級
	療育手帳制度	重度 (A)		それ以外 (B)		
	精神障害者保健福祉手帳	1級	2級	3級		
	自立支援医療制度の利用	有	無	成年後見制度の利用		有 無
	その他					

あなたの担当ケアマネジャー

担当の居宅介護支援事業所	担当ケアマネジャー	電話	FAX
		-	-
		-	-
		-	-

入所施設



介護事業所／介護施設名	TEL	FAX	施設利用期間
			年 月 ~ 年 月
			年 月 ~ 年 月
			年 月 ~ 年 月
			年 月 ~ 年 月

通所施設



介護事業所／介護施設名	TEL	FAX	施設利用期間
			年 月 ~ 年 月
			年 月 ~ 年 月
			年 月 ~ 年 月
			年 月 ~ 年 月

訪問事業所



介護事業所／介護施設名	TEL	FAX	施設利用期間
			年 月 ~ 年 月
			年 月 ~ 年 月
			年 月 ~ 年 月
			年 月 ~ 年 月

これまでに作成した義肢装具



装具

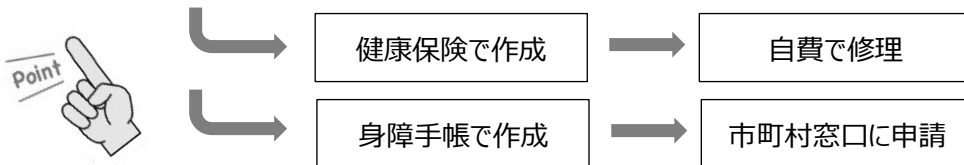
装具名	作成時期	作成した医療機関または義肢装具業者	保険
	年 月		健・障
	年 月		健・障
	年 月		健・障
	年 月		健・障
	年 月		健・障
	年 月		健・障

義肢

義肢名	作成時期	作成した医療機関または義肢装具業者	保険
	年 月		健・障
	年 月		健・障
	年 月		健・障

義肢装具を修理、再作成するには？

対象の義肢装具の“耐用年数”を確認しましょう



耐用年数に関わらず、以下の条件で補助を受けて新規作成できる場合があります。

(医師の意見書が必要です)

- 破損がひどくて使用困難な状況になった→ (同じ種類の装具)
- 障害や身体状況の変化で義肢装具が合わなくなった→ (別の種類の装具)



修理は原則、その義肢装具を作成した業者が対応しますので、作成した医療機関や装具業者に問い合わせてみましょう



家屋構造

No. ()

図/自由記載欄

住居の種類	<input type="checkbox"/> 戸建家屋 (階建て・平屋) <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階建て 階) エレベーター (有・無)	
トイレ	入口： <input type="checkbox"/> 引き戸 <input type="checkbox"/> 開き戸 便器： <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式	
浴室	浴槽： <input type="checkbox"/> 据え置き <input type="checkbox"/> 埋め込み 浴槽の大きさ： 縦 cm 横 cm 深さ cm	
寝室	広さ： 畳 (畳・フローリング) 寝具： <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> 介護ベッド	
廊下	廊下の幅 cm 段差 (有・無)	
玄関	ポーチの高さ： cm 上がり框高さ： cm	
自宅内手すり	(有・無) → 場所 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 寝室	
その他の 福祉用具	品名	場所
		<input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 寝室
		<input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 寝室
		<input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 寝室
		<input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 寝室
		<input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 寝室
		<input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 寝室
		<input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 寝室

自宅見取り図	自宅周辺的环境

起居・移乗 基本動作



No. ()

実施状況： 年 月 日 所属：

記載者：

寝返り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> []		ベッド上 上下移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> []	
内容		内容	
コメント		コメント	
起き上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 要準備		座 位 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> []	
内容		内容	
コメント		コメント	
立ち上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> []		立 位 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> []	
内容		内容	
コメント		コメント	
移 乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> []		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> []	
内容		内容	
コメント		コメント	

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。



No.()

摂食嚥下・食事

実際の状況：

年 月 日 所属：

記載者：

配膳・片付け <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施()	
内容	
食事方法 <input type="checkbox"/> 自立 【箸・スプーン・フォーク】 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 代替栄養	
内	
環 境 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族と <input type="checkbox"/> 友人と <input type="checkbox"/> その他()	
内容	
口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()	
内容	

摂食嚥下・食事に関する課題：

年 月 日 所属：

記載者：

☐意 欲	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや低下 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> なし
☐食 欲	<input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> やや多 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや少ない <input type="checkbox"/> なし ()
☐姿 勢	<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車椅子座位 <input type="checkbox"/> 椅子座位 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 食事姿勢について ()
☐持 久 性	<input type="checkbox"/> 食事時間 () 分 → <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難・疲労 ()
☐認知機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
☐嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→【むせ・咳込み・嘔声・反射遅延・反射遅延・その他】 ()
☐歯の状態	<input type="checkbox"/> 歯の問題なし <input type="checkbox"/> 歯の問題あり→【部分義歯・総義歯・インプラント】 ()
☐咀嚼障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→【口渇・感覚障害・口唇・歯列・舌・その他】 ()
☐栄養方法	主食：米飯・軟飯・全粥・ミキサー・その他 () 副食：普通・一口大・キザミ・ソフト・ミキサー・その他 () 水分：とろみなし・薄い・中間・濃い・その他 () 補助栄養：ドリンク・ゼリー・その他 ()
☐食習慣	<input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 少食 <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 1日()食 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 食物アレルギー ()

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。

No.()

整容



実際の状況： 年 月 日 所属：

記載者：

洗顔 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 要準備		化粧 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 要準備	
内容		内容	
コメント		コメント	
顔拭き <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 要準備		歯磨き <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 要準備	
内容		内容	
コメント		コメント	
整髪 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 要準備		[] <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 要準備	
内容		内容	
コメント		コメント	

整容動作に対する 意欲／関心／精神面 の課題 年 月 日 記録者：

[]	<input type="checkbox"/> 興味（あり・なし） <input type="checkbox"/> 抵抗感（あり・なし） ()
[]	<input type="checkbox"/> 興味（あり・なし） <input type="checkbox"/> 抵抗感（あり・なし） ()
[]	<input type="checkbox"/> 興味（あり・なし） <input type="checkbox"/> 抵抗感（あり・なし） ()

その他／自由記載欄 年 月 日 所属：

記載者：

項目名 []	項目名 []

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。

No. ()

入浴

環境： 年 月 日 所属： 記載者：

入浴場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他[] <input type="checkbox"/> 未実施	[自由記載]
頻度	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週2～3回 <input type="checkbox"/> 週1 <input type="checkbox"/> 月[]回	
浴環境	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> マンション[]F <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 市・公営 (→ 改修工事 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> 自室 [] <input type="checkbox"/> その他[]	
設備	<input type="checkbox"/> 据え置き <input type="checkbox"/> 半埋め込み <input type="checkbox"/> 浴槽高[]cm <input type="checkbox"/> 扉[引き戸・開き戸・折れ戸・蛇腹] <input type="checkbox"/> シャワー[なし・あり] <input type="checkbox"/> 浴槽台[あり・なし] <input type="checkbox"/> シャワーチェア[なし・あり] <input type="checkbox"/> 手摺[あり・なし] <input type="checkbox"/> その他 []	[自由記載]

実施状況： 年 月 日 所属： 記載者：

	自立度	備考・その他自由記載
意欲 精神面	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要促し <input type="checkbox"/> 消極的 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 無関心 <input type="checkbox"/> 拒否	
浴室移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施	
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施	
浴入	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施	
浴出	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施	
洗体	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施	
洗髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施	
体拭き	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施	

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。

No.()



歩行レベル： 年 月 日 所属： 記載者：

補助具	<input type="checkbox"/> 未使用 <input type="checkbox"/> 一本杖 <input type="checkbox"/> 二本杖 <input type="checkbox"/> 四点杖 <input type="checkbox"/> ワストランド杖 <input type="checkbox"/> クラッチ <input type="checkbox"/> サイドケイン <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行車 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> その他 []
自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 修正自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 中等度介助 <input type="checkbox"/> 重度介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> その他 []
	[内容]
歩行様式	[2・3・4]動作 [前・揃え・後ろ]型
環境	<input type="checkbox"/> 屋外レベル <input type="checkbox"/> 屋内レベル <input type="checkbox"/> 平行棒内レベル
持久性	<input type="checkbox"/> 連続 [] m・km

歩行の課題： 年 月 日 所属： 記載者：

疾患の影響	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 内部疾患 <input type="checkbox"/> 整形疾患 <input type="checkbox"/> 神経内科疾患 <input type="checkbox"/> 循環器疾患 <input type="checkbox"/> 小児疾患 <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> []
症状の影響	<input type="checkbox"/> 運動麻痺 <input type="checkbox"/> 感覚障害 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 体力低下 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 関節拘縮 <input type="checkbox"/> バランス障害 <input type="checkbox"/> 筋緊張異常 <input type="checkbox"/> 不安・恐怖 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> その他 []
	[内容]

歩行介助における注意点

記録者：[]	記録者：[]	記録者：[]
↓ []さまへ	↓ []さまへ	↓ []さまへ
月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
[内容]	[内容]	[内容]

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。

階段



No.()

環境： 年 月 日 所属： 記載者：

<input type="checkbox"/> 上り框 () cm	[自由記載欄]
<input type="checkbox"/> 自宅内階段 () cm () 段 手すり (なし・右・左・両)	
<input type="checkbox"/> 外階段 () cm () 段	
<input type="checkbox"/> 庭・アプローチ ()	

段差昇降動作の課題： 所属： 記載者：

階段 段差	<input type="checkbox"/> 上り框 <input type="checkbox"/> 自宅内階段 <input type="checkbox"/> 外階段 <input type="checkbox"/> 庭・アプローチ <input type="checkbox"/> その他[]
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 手摺使用 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> []
() 月	[内容]
() 日	[アドバイス]
階段 段差	<input type="checkbox"/> 上り框 <input type="checkbox"/> 自宅内階段 <input type="checkbox"/> 外階段 <input type="checkbox"/> 庭・アプローチ <input type="checkbox"/> その他[]
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 手摺使用 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> []
() 月	[内容]
() 日	[アドバイス]
階段 段差	<input type="checkbox"/> 上り框 <input type="checkbox"/> 自宅内階段 <input type="checkbox"/> 外階段 <input type="checkbox"/> 庭・アプローチ <input type="checkbox"/> その他[]
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 手摺使用 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> []
() 月	[内容]
() 日	[アドバイス]

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。

排尿 排便 トイレ



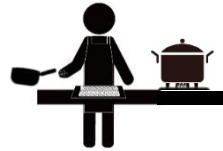
No. ()

実施状況

評価日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
記録者			
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施[]	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施[]	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施[]
	[内容/助言]	[内容/助言]	[内容/助言]
立位での下衣脱着	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施[]	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施[]	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施[]
立ち座り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施[]	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施[]	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施[]
排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施[]	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施[]	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施[]
排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施[]	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施[]	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施[]
清拭	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施[]	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施[]	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施[]
排尿・排泄動作に関する 精神面/ご本人の意向など			

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。

調理



No. ()

調理の実施状況 : 年 月 日 所属 : 記載者 :

目的	<input type="checkbox"/> 自分1人分 <input type="checkbox"/> 家族分含む <input type="checkbox"/> 趣味 <input type="checkbox"/> 訓練 <input type="checkbox"/> その他[]	
介助者の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → (<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/>)	
調理に対する意識	<input type="checkbox"/> 楽しい <input type="checkbox"/> 興味あり <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 苦痛 <input type="checkbox"/> 意欲なし <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 疲れる → ()	
調理環境	<input type="checkbox"/> 台所の高さ () cm <input type="checkbox"/> 火の使用 (なし・あり) → (ガスコンロ・IHヒーター) <input type="checkbox"/> 休憩用椅子 (なし・あり) <input type="checkbox"/> 電子レンジ (なし・あり) <input type="checkbox"/> 食器類や調理道具の配置 →変更の必要性 (なし・あり)	(図: 台所スペースや動線)

調理の方法 : 年 月 日 所属 : 記載者 :

火の使用	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他[] → ()
道具の準備	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要時間 <input type="checkbox"/> 口頭支持 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可 → ()
台所で立つ	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 椅子使用 <input type="checkbox"/> 立位保持()分ほど → ()
鍋など持って移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可 → ()
冷蔵庫などから食材を取り出す	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可 → ()
米研ぎや食材を洗う	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可 → ()
包丁やハサミ、皮むき器の動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可 → ()
炒める、煮るなどの動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可 → ()
盛り付ける動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可 → ()

調理に関するその他の課題 : 年 月 日 記載者 :

献立、食材選び	<input type="checkbox"/> 適正量選択 (できる・できない) → ()
賞味(消費)期限	<input type="checkbox"/> 適切 <input type="checkbox"/> 困難 → ()
調理道具使用	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難 → ()
栄養/味付け	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 困難 → ()
正しい調理工程	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 困難 → ()

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。

No. ()

買い物



実施者： 年 月 日 所属： 記載者：

ご本人・ご家族 () ・ご親戚・ご友人・訪問ヘルパー・宅配利用・代行

【自由記載欄】

移動手段とその環境：

徒歩・自転車・自動車・タクシー・バス・電車・移動機器 ()

移動距離：片道約 () m・km 移動時間：約 () 時間・() 分

 移動環境：問題なし
問題あり →

【備考／自由記載欄】

 買い物先：

買物に関する 意欲／精神面 の課題：

<input type="checkbox"/> 意欲	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 依存 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 筋力	<input type="checkbox"/> 低下 部位 () <input type="checkbox"/> 麻痺 部位 () <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 体力	<input type="checkbox"/> 不十分 () <input type="checkbox"/> 疾患による影響 ()
<input type="checkbox"/> バランス	<input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 疾患の影響 ()
<input type="checkbox"/> 感覚	<input type="checkbox"/> 脱失 (部位：) <input type="checkbox"/> 重鈍麻 (部位：) <input type="checkbox"/> 中鈍麻 (部位：) <input type="checkbox"/> 軽鈍麻 (部位：) <input type="checkbox"/> 異常感覚 (部位：) <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 関節	<input type="checkbox"/> 拘縮 (部位：) (部位：) <input type="checkbox"/> 変形 (部位：) (部位：) <input type="checkbox"/> その他の症状 ()
<input type="checkbox"/> 痛み	<input type="checkbox"/> 部位 () → <input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 部位 () → <input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 部位 () → <input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> その他	【自由記載欄】

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。



洗濯

月	日	記録者	月	日	記録者	月	日	記録者
項目	自立度		項目	自立度		項目	自立度	
洗濯物の運搬	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助	洗濯物の運搬	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助	洗濯物の運搬	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助
	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可
	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施		<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施		<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施
	<input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> その他()	
【自由記載】			【自由記載】			【自由記載】		
洗濯機操作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助	洗濯機操作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助	洗濯機操作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助
	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可
	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施		<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施		<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施
	<input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> その他()	
【自由記載】			【自由記載】			【自由記載】		
洗濯物干し	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助	洗濯物干し	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助	洗濯物干し	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助
	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可
	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施		<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施		<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施
	<input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> その他()	
【自由記載】			【自由記載】			【自由記載】		
洗濯物取り込み	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助	洗濯物取り込み	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助	洗濯物取り込み	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助
	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可
	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施		<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施		<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施
	<input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> その他()	
【自由記載】			【自由記載】			【自由記載】		
洗濯物畳み	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助	洗濯物畳み	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助	洗濯物畳み	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助
	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可
	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施		<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施		<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施
	<input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> その他()	
【自由記載】			【自由記載】			【自由記載】		

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。

No. ()



ゴミ出し



掃除

片付け（整理整頓）： 年 月 日 所属： 記載者：

<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 未実施	【実施者】 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他 ()
【実施場所】	【自由記載欄】

ゴミ出し： 年 月 日 所属： 記載者：

<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 未実施	【実施者】 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他 ()
【ゴミ出し場所】	【自由記載欄】

掃除（拭き掃除）： 年 月 日 所属： 記載者：

<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 未実施	【実施者】 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他 ()
【実施場所】	【自由記載欄】

掃除（掃除機）： 年 月 日 所属： 記載者：

<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 未実施	【実施者】 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他 ()
【実施場所】	【自由記載欄】

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。

交通機関の利用



電車： 年 月 日 所属： 記載者：

利用 なし あり →【週 () 回利用 状況 ()】乗車・降車介助： なし あり → ()

【課題】

- 意欲 筋力 体力 拘縮
バランス 感覚 視覚 聴覚
認知 言語 ほか()

バス： 年 月 日 所属： 記載者：

利用 なし あり →【週 () 回利用 状況 ()】乗車・降車介助： なし あり → ()

【課題】

- 意欲 筋力 体力 拘縮
バランス 感覚 視覚 聴覚
認知 言語 ほか()

タクシー： 年 月 日 所属： 記載者：

利用 なし あり →【週 () 回利用 状況 ()】乗車・降車介助： なし あり → ()

【課題】

- 意欲 筋力 体力 拘縮
バランス 感覚 視覚 聴覚
認知 言語 ほか()

移動先の課題となる情報： 年 月 日 記載者：

移動場所：() / () / ()

- 移動方法： 自転車 タクシー
バス 電車
その他()

交通機関の利用に対する 意欲／精神面の課題 年 月 日 記載者：

移動場所：() 意欲なし 不安 痛み 恐怖心 依存
金銭感覚 その他 ()

- 移動方法： 自転車 タクシー
バス 電車
その他()

[コメント]

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。

嚥下や咀嚼に関する情報



No. ()

嚥下・咀嚼障害 : 年 月 日 所属 : 記載者 :

嚥下障害 : なし ・ あり→【 むせ ・ 咳込み ・ 嘔声 ・ 遅延 ・ その他 () 】

アドバイス :

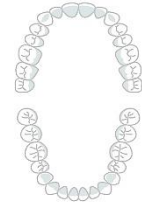
咀嚼障害 : なし ・ あり→【 運動障害 ・ 口渇 ・ 口唇閉鎖障害 ・ 舌機能低下 ・ 感覚障害 】

アドバイス :

義歯等装具の状態 : 年 月 日 所属 : 記載者 :

使用状況 : なし ・ あり→【 総義歯 ・ 義歯 (部位 :) ・ ブリッジ ・ インプラント 】

口腔ケアの方法や注意点 : 年 月 日 所属 : 記載者 :



食形態 : 年 月 日 所属 : 記載者 :

主食 : 米飯 ・ 軟飯 ・ 全粥 ・ ゼリー ・ ミキサー

アドバイス :

主菜 : 普通 ・ きざみ(1 cm以上 ・ 5 mm以上 ・ 5 mm以下) ・ ペースト ・ ムース ・ ゼリー

アドバイス :

とろみ : 必要なし ・ 必要あり (薄い / 中間 / 濃い)

コメント :

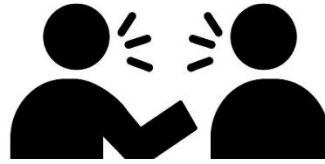
食事や水分摂取の注意点 : 年 月 日 所属 : 記載者 :

状況 :

アドバイス :

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。

コミュニケーション



聞く： 年 月 日 所属： 記載者：

自立度	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> その他 ()
課題となる背景	<input type="checkbox"/> 難聴 (右・左・両耳) → (軽度・中等度・重度) → 補聴器 (なし・あり)
	<input type="checkbox"/> 認知面 <input type="checkbox"/> 学習面 <input type="checkbox"/> 環境面 <input type="checkbox"/> 高次脳機能 <input type="checkbox"/> その他[]

理解： 年 月 日 所属： 記載者：

自立度	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 理解に介助を要す <input type="checkbox"/> 単語、ジェスチャー、Yes-No で理解できる <input type="checkbox"/> 短い句で話すと理解できる <input type="checkbox"/> 基本理解は可も少しの促しが必要 <input type="checkbox"/> " 複雑なことは理解困難 <input type="checkbox"/> 複雑なことは時間がかかる <input type="checkbox"/> 基本的欲求も複雑な内容も理解できる
課題となる背景	<input type="checkbox"/> 認知面 <input type="checkbox"/> 学習面 <input type="checkbox"/> 環境面 <input type="checkbox"/> 高次脳機能 <input type="checkbox"/> その他[]

複雑な課題とは集団会話、テレビや新聞などの話題、金銭や宗教などの話題

簡単な課題とは食事、排泄、睡眠、痛み、体調などの話題

伝える： 年 月 日 所属： 記載者：

自立度	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> その他 ()
発声量と質	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり (かすれ声・ガラガラ声・鼻声・カサカサ声) <input type="checkbox"/> 失調性 <input type="checkbox"/> 努力性 <input type="checkbox"/> 無力性 <input type="checkbox"/> その他 ()
発話明瞭度	<input type="checkbox"/> よくわかる <input type="checkbox"/> 時々わからない語がある <input type="checkbox"/> 聞き手が話題を知っていればわかる <input type="checkbox"/> ときどき分かる語がある <input type="checkbox"/> 全く理解不能
課題となる背景	<input type="checkbox"/> 認知面 <input type="checkbox"/> 学習面 <input type="checkbox"/> 環境面 <input type="checkbox"/> 高次脳機能 <input type="checkbox"/> その他[]

意欲・感情： 年 月 日 所属： 記載者：

	<input type="checkbox"/> 意欲的 <input type="checkbox"/> 興味あり <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 疲労感 <input type="checkbox"/> 脱抑制 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 不快 <input type="checkbox"/> ストレス <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> その他[]
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。



No.()

処方された薬剤：

年 月 日 所属：

記載者：

	薬名	服用状況	備考
①		<input type="checkbox"/> 服用中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 要検討	
②		<input type="checkbox"/> 服用中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 要検討	
③		<input type="checkbox"/> 服用中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 要検討	
④		<input type="checkbox"/> 服用中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 要検討	
⑤		<input type="checkbox"/> 服用中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 要検討	
⑥		<input type="checkbox"/> 服用中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 要検討	
⑦		<input type="checkbox"/> 服用中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 要検討	
⑧		<input type="checkbox"/> 服用中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 要検討	
⑨		<input type="checkbox"/> 服用中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 要検討	
⑩		<input type="checkbox"/> 服用中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 要検討	
⑪		<input type="checkbox"/> 服用中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 要検討	
⑫		<input type="checkbox"/> 服用中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 要検討	

服薬に関する課題：

月 日	<input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 管理困難 <input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> 薬効 <input type="checkbox"/> 副作用	
月 日	<input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 管理困難 <input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> 薬効 <input type="checkbox"/> 副作用	
月 日	<input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 管理困難 <input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> 薬効 <input type="checkbox"/> 副作用	
月 日	<input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 管理困難 <input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> 薬効 <input type="checkbox"/> 副作用	
月 日	<input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 管理困難 <input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> 薬効 <input type="checkbox"/> 副作用	
月 日	<input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 管理困難 <input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> 薬効 <input type="checkbox"/> 副作用	

フリーコメント：

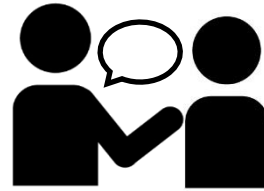
年 月 日 所属：

記載者：

--

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。

自由記載



No. ()

月/日	コメント	記載者

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。

あなたの"歩行習慣"の記録

No.()

月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
歩行前バイタル値	歩行前バイタル値	歩行前バイタル値	歩行前バイタル値	歩行前バイタル値
血圧： /	血圧： /	血圧： /	血圧： /	血圧： /
脈拍： 拍/分	脈拍： 拍/分	脈拍： 拍/分	脈拍： 拍/分	脈拍： 拍/分
体温： ℃	体温： ℃	体温： ℃	体温： ℃	体温： ℃
呼吸数： 回/分	呼吸数： 回/分	呼吸数： 回/分	呼吸数： 回/分	呼吸数： 回/分
SpO ₂ ： %	SpO ₂ ： %	SpO ₂ ： %	SpO ₂ ： %	SpO ₂ ： %
歩行能力	歩行能力	歩行能力	歩行能力	歩行能力
() m・km ()時間()分 ()秒 ()歩 疲労度：【 】 痛み：【 】	() m・km ()時間()分 ()秒 ()歩 疲労度：【 】 痛み：【 】	() m・km ()時間()分 ()秒 ()歩 疲労度：【 】 痛み：【 】	() m・km ()時間()分 ()秒 ()歩 疲労度：【 】 痛み：【 】	() m・km ()時間()分 ()秒 ()歩 疲労度：【 】 痛み：【 】
1日の歩数・距離	1日の歩数・距離	1日の歩数・距離	1日の歩数・距離	1日の歩数・距離
() m・km ()時間()分 ()歩 疲労度：【 】 痛み：【 】	() m・km ()時間()分 ()歩 疲労度：【 】 痛み：【 】	() m・km ()時間()分 ()歩 疲労度：【 】 痛み：【 】	() m・km ()時間()分 ()歩 疲労度：【 】 痛み：【 】	() m・km ()時間()分 ()歩 疲労度：【 】 痛み：【 】
歩行後バイタル値	歩行後バイタル値	歩行後バイタル値	歩行後バイタル値	歩行後バイタル値
血圧： /	血圧： /	血圧： /	血圧： /	血圧： /
脈拍： 拍/分	脈拍： 拍/分	脈拍： 拍/分	脈拍： 拍/分	脈拍： 拍/分
体温： ℃	体温： ℃	体温： ℃	体温： ℃	体温： ℃
呼吸数： 回/分	呼吸数： 回/分	呼吸数： 回/分	呼吸数： 回/分	呼吸数： 回/分
SpO ₂ ： %	SpO ₂ ： %	SpO ₂ ： %	SpO ₂ ： %	SpO ₂ ： %
コメント	コメント	コメント	コメント	コメント
アドバイス	アドバイス	アドバイス	アドバイス	アドバイス

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。

あなたの"社会参加への"記録

あなたの1日をどのように過ごしていますか？ (普段の活動内容を記載してみてください)

0時	3時	6時	9時	12時	15時	18時	21時	0時

社会参加 (→①へ)

- 旅行 ショッピング 外食 散歩
ドライブ 趣味 スポーツ サロン
仕事 園芸・畑仕事 パソコン DIY
自治会参加 ボランティア 学習・教育
その他[]

運動・活動 (→②へ)

- 起居 移乗 姿勢保持 立ち上がり
歩行 食事 整容 トイレ
更衣 階段 入浴 排尿・排便
調理 掃除 洗濯 片付け
買い物 その他[]

食・栄養 (→③へ)

- 食欲 主食 副食 薬
サプリ おやつ その他[]
栄養不足 体重減 食形態
栄養過多 体重増 口腔機能
口腔ケア 嚥下機能 舌機能

あなたの希望や目標を教えてください！

1 番目	
2 番目	
3 番目	

①社会参加 (具体的な目標)

半年後	
1年後	

②運動・活動 (具体的な目標)

半年後	
1年後	

③食・栄養 (具体的な目標)

半年後	
1年後	



こころと行動の状態

No. ()

評価内容

記録者：

記録日

年 月 日

訴え						
Need						
認知機能	HDS-R () 点	認知症高齢者の日常生活自立度 (I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M)				
	評価結果					
こころと行動の状態	項目	まれに	時々	しばしば	いつも	コメント
	<input type="checkbox"/> 気分が沈んで憂うつだ	1	2	3	4	
	<input type="checkbox"/> 朝方は一番気分が良い	4	3	2	1	
	<input type="checkbox"/> よく泣いたり泣きたくなることがある	1	2	3	4	
	<input type="checkbox"/> 夜はよく眠れない	1	2	3	4	
	<input type="checkbox"/> 食欲はいつもと変わらない	4	3	2	1	
	<input type="checkbox"/> 異性に対する関心がある	4	3	2	1	
	<input type="checkbox"/> 最近痩せてきた	1	2	3	4	
	<input type="checkbox"/> 便秘をしている	1	2	3	4	
	<input type="checkbox"/> 普段より動悸がする	1	2	3	4	
	<input type="checkbox"/> なんとなく疲れる	1	2	3	4	
	<input type="checkbox"/> 気持ちはいつもさっぱりしている	4	3	2	1	
	<input type="checkbox"/> いつもと変わらず仕事できる	4	3	2	1	
	<input type="checkbox"/> 気持ちが落ち着かず、じっとしてられない	1	2	3	4	
	<input type="checkbox"/> 将来に希望がある	4	3	2	1	
<input type="checkbox"/> いつもよりイライラする	1	2	3	4		
<input type="checkbox"/> 決断するのにそれほど迷わない	4	3	2	1		
<input type="checkbox"/> 自分は役に立つ、働ける人間だと思う	4	3	2	1		
<input type="checkbox"/> 生活はかなり充実している	4	3	2	1		
<input type="checkbox"/> 自分が死んだ方が他の人のためだと思う	1	2	3	4		
<input type="checkbox"/> 日頃行っていることに満足している	4	3	2	1		
高次脳機能						
					合計	点

1週間の行動履歴 (年 月 日 ~ 月 日)

	月	火	水	木	金	土	日
4:00-5:00							
5:00-6:00							
6:00-7:00							
7:00-8:00							
8:00-9:00							
9:00-10:00							
10:00-11:00							
11:00-12:00							
12:00-13:00							
13:00-14:00							
14:00-15:00							
15:00-16:00							
16:00-17:00							
17:00-18:00							
18:00-19:00							
19:00-20:00							
20:00-21:00							
21:00-22:00							
22:00-23:00							
23:00-24:00							
0:00-1:00							
1:00-3:00							

取り組み内容/ポイントなど

記録者：

記録日

年 月 日

1	
2	

専門用語や略語は使用せず、一方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。