

# 身体状況確認表 (医療法人社団真療会 野田病院 医療相談室行き FAX 04-7129-5873)

患者氏名 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 ( \_\_\_\_\_ 歳)

## 1.ADLについて

- (1)食 事 自 立(箸・スプーン)、一部介助、全介助、鼻腔、胃瘻
- (2)排 泄 トイレ(自立・介助)、ポータブル(自立・介助)  
オムツ(尿意・便意あり、失禁)、バルーン
- (3)移 動 歩行(自立・杖・歩行器・見守り・介助)  
車椅子(操作可・介助)
- (4)移 乗 自 立・一部介助・要介助
- (5)寝 返 り(可・不可) 起き上がり (可・不可)
- (6)座位保持の自立度(何座位がどのくらい出来るか)  
( \_\_\_\_\_ )
- (7)入 浴 一般浴(自立・介助・全介助)、機械浴、清拭のみ
- (8)意思疎通 可(会話・うなずき・ジェスチャー、筆談)、やや困難、不可
- (9)麻 痺 無・有(対麻痺・単麻痺・左片麻痺、右片麻痺)
- (10)拘 縮 無・有 (11)気管切開 無・有
- (12)感 染 症 無・有( \_\_\_\_\_ ) (13)ナースコール 押せる・押せない
- (14)意識レベル( \_\_\_\_\_ )
- (15)高次脳機能障害 無・有( \_\_\_\_\_ )
- (16)備考(皮膚疾患がある場合は記入)

## 2.褥瘡について

無・有 「有」の場合は部位とグレードを記入

[ \_\_\_\_\_ ]

## 3.心身の状態について

- (1)認 知 症 無・有 ( \_\_\_\_\_ )
- (2)問 題 行 動 無・有 ( \_\_\_\_\_ )
- (3)抑 制 無・有  
◇「無」の場合、以前は抑制を行っていたか 無・有  
◇「有」の場合はどのように抑制していたのか具体的に記入  
[ ※以前行っていた場合も具体的に記入 ]
- (4)離床・起床センサー 無・有 ( \_\_\_\_\_ )
- (5)転 倒 歴 無・有 ( \_\_\_\_\_ )

## 4.リハビリにおける今後の見通し

[ \_\_\_\_\_ ]

## 5.退院後の方向性について(在宅・施設・病院)

[ \_\_\_\_\_ ]

6.介護保険について 無・有(介護度 \_\_\_\_\_ )

7.障害者手帳について 無・有( \_\_\_\_\_ 級)

## 8.家族構成

キーパーソン:

記 入 日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
記 入 者 名: \_\_\_\_\_  
記入医療機関名: \_\_\_\_\_