

目的	<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 療養 <input type="checkbox"/> 在宅までのワンクッション <input type="checkbox"/> その他 ()		
フリガナ			
氏名			住所
生年月日		歳	TEL
家族連絡先 (KP)	氏名	住所	TEL
	様		
介護保険	要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 (/) <input type="checkbox"/> 更新中		
	事業所	担当ケアマネ	
食事	<input type="checkbox"/> 経口摂取 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう)		
	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> かゆ <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> 麺類	備考
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ	備考
	制限食	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	内容
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	特記事項		
清潔	<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"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽 <input type="checkbox"/> 清拭		
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		
移動	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	
	座位保持	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可	
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠傾向 <input type="checkbox"/> 眠剤使用		
認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	問題行動 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> その他 ()		
機能障害	<input type="checkbox"/> 麻痺(右・左) <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 半側無視		
	<input type="checkbox"/> 視力障害 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 失明) <input type="checkbox"/> 聴力障害		
	特記事項		
医療処置	<input type="checkbox"/> 酸素 (L/min) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ		
	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (回/日) <input type="checkbox"/> 点滴管理 (<input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> 末梢)		
	<input type="checkbox"/> ドレーン () <input type="checkbox"/> パルンカテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ		
	<input type="checkbox"/> インスリン (回/日)		
	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (部位:)		
	<input type="checkbox"/> その他		
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HBs <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> その他)		
	個室対応 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
リハビリ内容	PT		OT
	ST		
	リハビリ起算日	平成 年 月 日	起算疾患名
	意欲	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
家族構成		今後の方向性	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 未定
		本人の考える方向性	
		家族の考える方向性	
特記事項			