



■ 以下に関しては分かる範囲でご記入をお願いします。

日常生活動作の自立度		基本動作能力	
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 形態(普 ・ 刻み ・ 粗刻み ・ ミキサー)	寝返り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
更衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	起き上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	座位保持	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	立ち上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
歩行	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	立位保持	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
屋内歩行	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	屋外歩行	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
四肢の状態	<input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 麻痺 (有 ・ 無) 部位: 左上肢 ・ 左下肢 ・ 右上肢 ・ 右下肢 状態:		
言語障害: 有 ・ 無	視力障害: 有 ・ 無	聴力障害: 有 ・ 無	意思疎通: 可 ・ 困難
認知症の程度	無 ・ 物忘れ程度 ・ 軽度 ・ 中度 ・ 重度 (長谷川式 点)※実施日( ) 認知症生活自立度 I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M		
具体的な認知症症状 (症状記入)			
周辺症状(BPSD)	徘徊 : 有 ・ 無 (状況: )		
	不潔行為 : 有 ・ 無 (状況: )		
	暴力・暴言行為 : 有 ・ 無 (状況: )		
	異食行為 : 有 ・ 無 (状況: )		
	その他の周辺症状(具体的に)		
皮膚の状態	<input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 褥瘡 (有 ・ 無) 部位: 処置: 状態: I ・ II ・ III ・ IV <input type="checkbox"/> その他特記事項		
	異常時・緊急時のご指示		
現在の状況	在宅療養中 ・ 施設入所中および入院中 (入院日 年 月 日)		
貴病院名又は貴施設名 _____ ご住所 _____ TEL ( ) _____ FAX ( ) _____ 医師名 _____			
			年 月 日 記載