

作成日：平成 年 月 日		指導日(交付日)：平成 年 月 日	
ID:	主病名:	診療科病棟名: 科 号病棟 号室	
患者氏名:		家族氏名:	
主治医以外の担当者名:		看護師長名:	
担当看護師名:		担当理学療法士等	
生年月日: M・T・S・H 年 月 日生 ( 歳)		病院側指導担当者:	
寝たきり度 = <input type="checkbox"/> 正常, <input type="checkbox"/> I, <input type="checkbox"/> J2, <input type="checkbox"/> A1, <input type="checkbox"/> A2, <input type="checkbox"/> B1, <input type="checkbox"/> B2, <input type="checkbox"/> C1, <input type="checkbox"/> C2			
認知度 = <input type="checkbox"/> 正常, <input type="checkbox"/> I, <input type="checkbox"/> IIa, <input type="checkbox"/> IIb, <input type="checkbox"/> IIIa, <input type="checkbox"/> IIIb, <input type="checkbox"/> IV, <input type="checkbox"/> M			
<b>1. 現状のADL、IADLの評価</b>			
アセスメント項目		現状	【評価の内容の記載方法】
基本的動作	起き上がり		3 自立 2 見守り 1 一部介助 0 全介助
	立位保持		9 把握していない
	床からの立ち上がり		
	移動能力(TUG、6分間歩行)		※時間を記載
他	服薬管理		3 自立 2 見守り 1 一部介助 0 全介助
	HDS-R		※点数を記載
A D L	食事		10 自立 5 部分介助 0 全介助
	イスとベッド間の移乗		15 自立 10 最低限の介助
	整容		5 自立 0 部分・全介助
	トイレ動作		10 自立 5 部分介助 0 全介助
	入浴		5 自立 0 部分・全介助
	平地歩行		10 自立 5 部分介助 0 全介助
	階段昇降		10 自立 5 部分介助 0 全介助
	更衣		10 自立 5 部分介助 0 全介助
	排便コントロール		10 自立 5 部分介助 0 全介助
	排尿コントロール		10 自立 5 部分介助 0 全介助
ADL合計			
アセスメント項目		現状	評価の内容の記載方法
I A D L	食事の用意		※IADL評価点 0 していない 1 まれに 2 時々 3 週3回
	食事の片付け		
	洗濯		
	掃除や整頓		
	買物		
	外出		
	屋外歩行		
	交通手段の利用		
IADL合計			
<b>2. 現状の心身機能の評価</b>			
心身機能	状況		状況
運動機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	失語症 構音障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
感覚機能障害 (聴覚、視覚等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	精神行動障害 (BPSD)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
関節拘縮	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	見当識障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
疼痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	記憶障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
口腔機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他の高次機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
摂食嚥下障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	栄養障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<b>3. 退院後の治療計画など</b>			
(1)退院時点 の認定情報	<input type="checkbox"/> 要介護状態等区分: 要支援( 1・2 ) 要介護( 1・2・3・4・5 ) (有効期間: 年月日～年月日) <input type="checkbox"/> 要介護認定申請日( 年 月 日)、要介護等認定結果は( 年 月 日)ころ保険者から交付される予定です)		
(2)-1退院後 の治療計画	①治療について	<input type="checkbox"/> 外来(在宅医療)にて継続受診 <input type="checkbox"/> 治療終了(変化あれば必ず来院)	
	②次回外来通院日	月 日( ) 午前・午後・予約	
	③外来受診科	科	
(2)-2退院後 の療養上の留 意点	④投薬内容について	<input type="checkbox"/> 退院時処方 日分 <input type="checkbox"/> 継続して投薬 <input type="checkbox"/> 完了 <input type="checkbox"/> その他	
	⑤その他	<input type="checkbox"/> 介護保険申請(新規・更新) <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所名	
(3)利用可能(退院後必要)な介護サ- ビス	①安静度	④就労の可否 <input type="checkbox"/> 日後から可 <input type="checkbox"/> その他	
	②食事	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 就労の可否 <input type="checkbox"/> 日後から可 <input type="checkbox"/> その他	
	③入浴の可否	<input type="checkbox"/> 日後可 <input type="checkbox"/> その他	
病院	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問栄養指導 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤指導 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> その他( )		
	主治医署名:		
	記載担当者署名: 要介護認定等手続き担当者(ケアマネジャー等)署名:		
上記内容につき説明を受け、同意し交付を受けました。			
平成 年 月 日		患者署名 家族(続柄)署名	