

身体状況確認書

埼玉みさと総合リハビリテーション病院

患者氏名 _____ 様 性別〔男・女〕 生年月日 M・T・S・H 年 月 日 歳

記入はイニシャル(姓・名)でお願いします。

入院時の身長 _____ cm 入院時の体重 _____ kg 連携パス〔無・有〕

入院前の生活状況〔全介助 一部介助 ほぼ自立 自立〕

<心身状況>

1. 意識レベル	<input type="checkbox"/> -0 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -3 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -3 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -3
2. 認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有〔 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 高度〕〔HDS: _____ MMS: _____〕
3. 問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有〔 <input type="checkbox"/> 見当識 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> せん妄(<input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜間) <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> その他(_____)〕
4. 麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有〔 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 対麻痺 <input type="checkbox"/> 右片麻痺 <input type="checkbox"/> 左片麻痺 <input type="checkbox"/> 単麻痺 <input type="checkbox"/> 失調〕
5. 言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有〔 <input type="checkbox"/> 発語不能 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> その他〕
6. 高次脳障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
7. 聴力障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有〔 <input type="checkbox"/> 全く聞こえない <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞こえる <input type="checkbox"/> 補聴器使用〕
8. 視力障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有〔 <input type="checkbox"/> 全く見えない <input type="checkbox"/> 大きな字なら見える <input type="checkbox"/> 歩行に支障をきたす〕
9. 感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 特記すべきもの〔 _____ 〕 MRSA <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有〔 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 褥瘡〕
10. 皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有〔 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> その他(_____)〕
11. 褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有〔部位 _____ 大きさ _____ 〕〔グレード _____ 〕
12. 睡眠障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有〔眠剤使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 〕
13. その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 気管切開〔吸引回数 _____ 回/日〕 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 酸素吸入〔 _____ L〕 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他〔 _____ 〕
14. 他科・院受診	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 疾患名〔 _____ 〕
15. リハビリ実施状況	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施〔 <input type="checkbox"/> P T <input type="checkbox"/> O T <input type="checkbox"/> S T〕実施場所〔 <input type="checkbox"/> ベッドサイド <input type="checkbox"/> リハ室〕

<ADL>

1. 寝返り	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立
2. 起き上がり	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立
3. 座位保持	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 可
4. 車椅子	移乗〔 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立〕 操作〔 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可〕
5. 起立・立位	<input type="checkbox"/> 起立不能 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立
6. 歩行	<input type="checkbox"/> 歩行不能 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 独歩
7. 食事	<input type="checkbox"/> 全介助 経管栄養〔 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 鼻腔〕 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立〔 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン〕 食事量〔 <input type="checkbox"/> ほぼ全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 少量〕 食形態〔 <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 七分粥 <input type="checkbox"/> 五分粥 <input type="checkbox"/> 三分粥 <input type="checkbox"/> その他(_____)〕
8. 排泄	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ポータブル〔 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 自立〕 <input type="checkbox"/> トイレ〔 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 自立〕
9. 尿意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 神経因性膀胱・脊髄損傷の方の場合はできるだけウロダイナミクス検査施行願います〔 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有〕
10. 便意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
11. 入浴	<input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 一般浴〔 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立〕 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭のみ〕
12. ナースコール	<input type="checkbox"/> 押せない <input type="checkbox"/> 押せる
13. 意思疎通	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可〔 <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> うなずき <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> 表情 <input type="checkbox"/> 道具使用〕
14. その他	看護、介護上の注意点や問題点〔 <input type="checkbox"/> 抑制(_____) その他(_____)〕
特記すべきその他事項:	

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関名 _____ 記入者名 _____

ご記入はできるだけ、医師又は看護師の方でお願いします。

平成23年7月5日 改定