

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス
診療経過表【患者基本情報】

発行病院
送り先

氏名			男・女	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	
診断			発症日	平成	年	月	日		
機能障害	<input type="checkbox"/> (右・左)麻痺 <input type="checkbox"/> 失調 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 視野障害 <input type="checkbox"/> 構音・嚥下障害 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし								
かかりつけ医で管理する疾患・生活習慣など	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> その他の不整脈 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> その他の肝機能障害 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> その他の腎障害 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> その他()								
入院の記録	病院	入院日	退院日	病院・診療科(連絡先)				担当医	
	①	年 月 日	年 月 日						
	②	年 月 日	年 月 日						
	③	年 月 日	年 月 日						
	④	年 月 日	年 月 日						
	⑤	年 月 日	年 月 日						
専門医の経過観察が必要な特殊疾患	<input type="checkbox"/> 手術後の経過 <input type="checkbox"/> 血管の狭窄・閉塞 <input type="checkbox"/> 未破裂脳動脈瘤 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 特になし								
定期的に必要特殊検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 血管撮影 <input type="checkbox"/> SPECT <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 特になし								
外来診察・検査の予定	病院(): ()月に1回:次回 月 日				病院(): ()月に1回:次回 月 日				
伝達事項	感染症	<input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> HBs抗原 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> その他()							
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 薬剤() <input type="checkbox"/> 食物() <input type="checkbox"/> その他()							
	その他伝達事項								
身障手帳	級	<input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 平衡 <input type="checkbox"/> 音声言語 <input type="checkbox"/> そしゃく <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 精神							
介護保険情報	介護度	年 月 日 → 年 月 日 → 年 月 日 → 年 月 日							
かかりつけ医・歯科医		医院名			連絡先				
ケアマネジャー		事業所名			連絡先				
リハビリテーション評価担当事業所			サービス種別		連絡先				

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス

診療経過表【歯科シート】

患者名				ID			
医療機関名							
記入日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
内容	主な観察	状態		状態		状態	
1	口腔衛生機能	歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		うがい	<input type="checkbox"/> コップの水を自分で口に含むことができる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 強いうがいができる <input type="checkbox"/> 口に含む程度 <input type="checkbox"/> 飲み込んでしまう <input type="checkbox"/> むせる	<input type="checkbox"/> コップの水を自分で口に含むことができる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 強いうがいができる <input type="checkbox"/> 口に含む程度 <input type="checkbox"/> 飲み込んでしまう <input type="checkbox"/> むせる	<input type="checkbox"/> コップの水を自分で口に含むことができる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 強いうがいができる <input type="checkbox"/> 口に含む程度 <input type="checkbox"/> 飲み込んでしまう <input type="checkbox"/> むせる	<input type="checkbox"/> コップの水を自分で口に含むことができる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 強いうがいができる <input type="checkbox"/> 口に含む程度 <input type="checkbox"/> 飲み込んでしまう <input type="checkbox"/> むせる	
		義歯着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (□着 □脱) <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (□着 □脱) <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (□着 □脱) <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (□着 □脱) <input type="checkbox"/> 全介助	
		義歯清掃	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		義歯管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		専門職による口腔ケア	<input type="checkbox"/> 導入している <input type="checkbox"/> 未導入	<input type="checkbox"/> 導入している <input type="checkbox"/> 未導入	<input type="checkbox"/> 導入している <input type="checkbox"/> 未導入	<input type="checkbox"/> 導入している <input type="checkbox"/> 未導入	
2	清掃用具等	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ □電動ブラシ <input type="checkbox"/> スポンジブラシ □義歯ブラシ <input type="checkbox"/> 保湿剤 □義歯洗浄剤 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ □電動ブラシ <input type="checkbox"/> スポンジブラシ □義歯ブラシ <input type="checkbox"/> 保湿剤 □義歯洗浄剤 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ □電動ブラシ <input type="checkbox"/> スポンジブラシ □義歯ブラシ <input type="checkbox"/> 保湿剤 □義歯洗浄剤 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ □電動ブラシ <input type="checkbox"/> スポンジブラシ □義歯ブラシ <input type="checkbox"/> 保湿剤 □義歯洗浄剤 <input type="checkbox"/> その他()		
3	歯牙	残存歯数	<input type="checkbox"/> 20歯以上 <input type="checkbox"/> 10～19歯 <input type="checkbox"/> 0～9歯	<input type="checkbox"/> 20歯以上 <input type="checkbox"/> 10～19歯 <input type="checkbox"/> 0～9歯	<input type="checkbox"/> 20歯以上 <input type="checkbox"/> 10～19歯 <input type="checkbox"/> 0～9歯	<input type="checkbox"/> 20歯以上 <input type="checkbox"/> 10～19歯 <input type="checkbox"/> 0～9歯	
		う蝕	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
4	歯肉	歯肉炎・歯周炎	<input type="checkbox"/> なし・軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> なし・軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> なし・軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> なし・軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	
5	その他疾患	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 重度	
		粘膜疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
6	義歯状況	有無/必要性	<input type="checkbox"/> なし(□必要 上・下 □不要) <input type="checkbox"/> あり (□上顎 □下顎)	<input type="checkbox"/> なし(□必要 上・下 □不要) <input type="checkbox"/> あり (□上顎 □下顎)	<input type="checkbox"/> なし(□必要 上・下 □不要) <input type="checkbox"/> あり (□上顎 □下顎)	<input type="checkbox"/> なし(□必要 上・下 □不要) <input type="checkbox"/> あり (□上顎 □下顎)	
		適合状況	上顎	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不適合・破損	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不適合・破損	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不適合・破損	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不適合・破損
			下顎	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不適合・破損	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不適合・破損	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不適合・破損	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不適合・破損
		義歯の使用状況	<input type="checkbox"/> 就寝時以外常時使用 <input type="checkbox"/> 食事時のみ <input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 就寝時以外常時使用 <input type="checkbox"/> 食事時のみ <input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 就寝時以外常時使用 <input type="checkbox"/> 食事時のみ <input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 就寝時以外常時使用 <input type="checkbox"/> 食事時のみ <input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> その他()	
義歯の清掃状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 要改善	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 要改善	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 要改善	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 要改善			
7	咀嚼機能(機能歯数)	<input type="checkbox"/> 正常(20歯以上) <input type="checkbox"/> やや困難(20歯以下) <input type="checkbox"/> 困難(なし)	<input type="checkbox"/> 正常(20歯以上) <input type="checkbox"/> やや困難(20歯以下) <input type="checkbox"/> 困難(なし)	<input type="checkbox"/> 正常(20歯以上) <input type="checkbox"/> やや困難(20歯以下) <input type="checkbox"/> 困難(なし)	<input type="checkbox"/> 正常(20歯以上) <input type="checkbox"/> やや困難(20歯以下) <input type="checkbox"/> 困難(なし)		
8	嚥下機能	検査	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VE <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VE <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VE <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VE <input type="checkbox"/> その他()	
		検査所見					
		嚥下訓練の内容					
9	歯科介入状況	<input type="checkbox"/> 歯科治療中 <input type="checkbox"/> メンテナンス中 <input type="checkbox"/> 経過観察中	<input type="checkbox"/> 歯科治療中 <input type="checkbox"/> メンテナンス中 <input type="checkbox"/> 経過観察中	<input type="checkbox"/> 歯科治療中 <input type="checkbox"/> メンテナンス中 <input type="checkbox"/> 経過観察中	<input type="checkbox"/> 歯科治療中 <input type="checkbox"/> メンテナンス中 <input type="checkbox"/> 経過観察中		
10	特記事項等						
記入者名							

脳卒中連携パス
かかりつけ医→専門医
再発予防シート

ID:

患者名:

かかりつけ医:		電話:							
		FAX:							
経過		発症()	1か月 / /	3か月 / /	6か月 / /	9か月 / /	12か月 / /		
専門医	病院:電話 /FAX	再発予防のための検査			検査予約 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 外来予約 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		脳MRI・MRA (/) 頸動脈エコー (/) 外来 (/)		
	担当医:	担当医署名							
回復期	病院:電話 /FAX	回復期におけるリハビリチェック 回復期退院日 (/) 再診有 <input type="checkbox"/> 再診無 <input type="checkbox"/>			外来予約 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		外来 (/)		
	担当医:	担当医署名							
かかりつけ医	<p>☆退院時所見</p> <p>●麻痺(日常生活低下) <input type="checkbox"/>無し <input type="checkbox"/>右片麻痺 <input type="checkbox"/>左片麻痺 <input type="checkbox"/></p> <p>●嚥下障害 <input type="checkbox"/>無し <input type="checkbox"/>よだれ <input type="checkbox"/>痰・咳 <input type="checkbox"/></p> <p>●構音障害 <input type="checkbox"/>無し <input type="checkbox"/>呂律障害 <input type="checkbox"/></p> <p>●その他 <input type="checkbox"/>視野障害 <input type="checkbox"/>高次機能障害 <input type="checkbox"/></p> <p>☆コントロール必要な生活習慣病 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>脂質異常症 (目標値: <input type="checkbox"/>喫煙 <input type="checkbox"/>心房細動 <input type="checkbox"/>慢性腎疾患</p> <p>☆抗血小板薬など <input type="checkbox"/>アスピリン <input type="checkbox"/>プラビックス <input type="checkbox"/>プレタール <input type="checkbox"/>エパテール</p> <p>☆抗凝固薬 <input type="checkbox"/>ワーファリン (目標PT-INR ~) <input type="checkbox"/>プラザキサ <input type="checkbox"/>イグザレルト <input type="checkbox"/>エリキュース <input type="checkbox"/>リクシアナ</p> <p>抗血小板薬・抗凝固薬に関して 歯科治療・白内障手術 <input type="checkbox"/>中止可 <input type="checkbox"/>中止不可 内視鏡検査は観察のみであれば可。生検・処置時は連絡ください。</p>	診察	体重(kg)						
			BMI						
			血圧(mmHg)						
		麻痺の増悪	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		嚥下障害増悪	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		検査(*印は適宜実施)	血糖(空腹時)						
			血糖(食後)						
			HbA1c(%)						
			LDL-C(mg/dl)						
			HDL-C(mg/dl)						
			TG(mg/dl)						
			尿蛋白						
			尿中アルブミン*						
			血清クレアチニン						
			PT-INR						
薬剤	胸部XP*								
	ECG*								
	抗血小板薬		<input type="checkbox"/> 変更無	<input type="checkbox"/> 変更無	<input type="checkbox"/> 変更無	<input type="checkbox"/> 変更無	<input type="checkbox"/> 変更無		
抗凝固薬		<input type="checkbox"/> 変更有	<input type="checkbox"/> 変更有	<input type="checkbox"/> 変更有	<input type="checkbox"/> 変更有	<input type="checkbox"/> 変更有			
降圧剤									
特記事項(経過記録)									
かかりつけ医署名									

千葉県共用 地域医療連携パス 連携シート
リハシート【地域生活期作成用】

発行施設
評価日

リハビリテーション基本情報 評価者 PT OT ST ()

患者名(イニシャル可)			生年月日			ID			
リハ開始日			リハ頻度(時間)	/週: /月		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
診断名・既往歴	1) 発症日		2) 3) 4)						
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5								
禁忌・配慮事項	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他()								
1. 身体機能	運動障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 麻痺 () <input type="checkbox"/> 失調 () <input type="checkbox"/> その他 ()							
	筋力低下	右: 上肢 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 下肢(<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度) 左: 上肢 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 下肢(<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度)							
	感覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 不明							
	痛み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 不明							
	関節可動域制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()							
	呼吸循環機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()							
	嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()							
	2. コミュニケーション	コミュニケーション障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> その他())						
	3. 高次脳機能・精神機能	認知症	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 不明						
		その他 <input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 問題行動 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認(<input type="checkbox"/> 半側空間無視 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> うつ症状 <input type="checkbox"/> その他()						
	4. 寝返り <input type="checkbox"/> 不可	道具	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 柵 <input type="checkbox"/> その他)						
		介助量	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 中等度介助 <input type="checkbox"/> 重度介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
5. 起き上がり <input type="checkbox"/> 不可	道具	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 柵 <input type="checkbox"/> その他)							
	介助量	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 中等度介助 <input type="checkbox"/> 重度介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
6. 座位 <input type="checkbox"/> 不可	道具	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 柵 <input type="checkbox"/> 背もたれ <input type="checkbox"/> クッション等 <input type="checkbox"/> その他)							
	介助量	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 中等度介助 <input type="checkbox"/> 重度介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
7. 立ち上がり <input type="checkbox"/> 不可	連続保持時間	<input type="checkbox"/> 1分~ <input type="checkbox"/> 5分~ <input type="checkbox"/> 10分~ <input type="checkbox"/> 30分~ <input type="checkbox"/> 1時間~ <input type="checkbox"/> 保持困難							
	道具	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 座面・肘掛を押す)							
8. 立位 <input type="checkbox"/> 不可	介助量	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 中等度介助 <input type="checkbox"/> 重度介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
	連続保持時間	<input type="checkbox"/> ~60秒 ()秒 <input type="checkbox"/> それ以上							
9. 移動 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他	歩行補助具	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 屋内装具 <input type="checkbox"/> 屋外装具)							
	介助者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()							
	介助量	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 中等度介助 <input type="checkbox"/> 重度介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
	連続移動距離	<input type="checkbox"/> 移動不可 <input type="checkbox"/> ~1m <input type="checkbox"/> ~3m <input type="checkbox"/> ~5m <input type="checkbox"/> ~10m <input type="checkbox"/> それ以上 (m)							
[]	上記に要する時間	分 秒()							
10. TUG		<input type="checkbox"/> 測定困難 右回り 秒 : 左回り 秒							
11. 生活範囲	移動範囲	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外							
12. 寝たきり度ランク		<input type="checkbox"/> J1 <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							

FIM	点数	福祉用具・介助方法等	FIM	点数	福祉用具・介助方法等
セルフケア	食事・スプーン		移動	歩行	
	整容			車イス	
	入浴(洗い動作)			階段	
	更衣(上半身)			小計	
	更衣(下半身)			コミュニケーション	
トイレ動作	理解(聴覚・視覚)	コミュニケーション	表出(音声・非音声)	小計	
小計					
排泄	排尿		社会認識	社会的交流	
	排便			問題解決	
	小計			記憶	
移乗	ベッド・イス・車イス			小計	
	トイレ			FIM合計	
	浴槽・シャワー			FIM採点 [7点:自立][6点:修正自立][5点:見守り][4点:軽介助(25%介助)]	
	小計			目安 [3点:中介助(50%介助)][2点:重介助(75%介助)][1点:全介助]	

特記事項(意欲・栄養状態・家屋状況・福祉用具・介護力・コミュニケーション方法、IADLなど・・・)