

看護師記載	急性期病院記載欄			回復期施設(病院、診療所)記載欄			維持期施設(病院、診療所、介護施設など)記載欄					
	急性期退院時(記載日:	年	月 日)	回復期退院時(記載日:	年	月 日)	維持期初診時(記載日:	年	月 日)			
●床上安静の指示	<input type="checkbox"/> 0:なし	<input type="checkbox"/> 1:あり		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1				
●どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> 0:できる	<input type="checkbox"/> 1:できない		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1				
●寝返り	<input type="checkbox"/> 0:できる	<input type="checkbox"/> 1:何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> 2:できない	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2			
●起き上がり	<input type="checkbox"/> 0:できる	<input type="checkbox"/> 1:できない		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1				
●座位保持	<input type="checkbox"/> 0:できる	<input type="checkbox"/> 1:支えがあればできる	<input type="checkbox"/> 2:できない	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2			
●移乗	<input type="checkbox"/> 0:できる	<input type="checkbox"/> 1:見守り・一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 2:できない	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2			
★ 1 補足	<input type="checkbox"/> A:要監視	<input type="checkbox"/> B:軽介助	<input type="checkbox"/> C:部分介助	★ <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	★ <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C			
●移動方法	<input type="checkbox"/> 0:介助不要	<input type="checkbox"/> 1:介助を要する(搬送含)		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1				
★ 1 補足	<input type="checkbox"/> A:杖・装具歩行	<input type="checkbox"/> B:介助歩行	<input type="checkbox"/> C:車椅子自走	★ <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	★ <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C			
	<input type="checkbox"/> D:車椅子介助	<input type="checkbox"/> E:ベッド		<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E		<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E				
●口腔清潔	<input type="checkbox"/> 0:できる	<input type="checkbox"/> 1:できない		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1				
★ 1 補足	<input type="checkbox"/> A:部分介助	<input type="checkbox"/> B:全介助		★ <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B		★ <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B				
●食事摂取	<input type="checkbox"/> 0:介助なし	<input type="checkbox"/> 1:一部介助	<input type="checkbox"/> 2:全介助	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2			
★補足①	<input type="checkbox"/> A:経口	<input type="checkbox"/> B:経鼻胃管	<input type="checkbox"/> C:胃瘻	<input type="checkbox"/> D:輸液	★ <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D				
★補足②	<input type="checkbox"/> A:むせなし	<input type="checkbox"/> B:常時むせ	<input type="checkbox"/> C:頻回むせ		★ <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C					
	<input type="checkbox"/> D:時々むせ	<input type="checkbox"/> E:たまにむせ		<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E		<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E				
★補足③	<input type="checkbox"/> A:吸引不要	<input type="checkbox"/> B:時々吸引		★ <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B		★ <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B				
	<input type="checkbox"/> C:8回/日未満の吸引	<input type="checkbox"/> D:8回/日以上	<input type="checkbox"/> E:以上の吸引	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E			
★補足④	<input type="checkbox"/> A:とろみ剤・キザミ不要	<input type="checkbox"/> B:とろみ剤要		★ <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B		★ <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B				
	<input type="checkbox"/> C:キザミ要	<input type="checkbox"/> D:とろみ剤・キザミ要		<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D		<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D				
★食事内容:				★ 食事内容:				★ 食事内容:				
●衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 0:介助なし	<input type="checkbox"/> 1:一部介助	<input type="checkbox"/> 2:全介助	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2			
●他者への意志伝達	<input type="checkbox"/> 0:できる	<input type="checkbox"/> 1:できる時とできない時がある	<input type="checkbox"/> 2:できない	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2			
★ 1・2 補足	<input type="checkbox"/> A:意識障害	<input type="checkbox"/> B:失語	<input type="checkbox"/> C:認知症	★ <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	★ <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C			
	<input type="checkbox"/> D:構音障害	<input type="checkbox"/> E:挿管・気切		<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E		<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E				
●診療・療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> 0:はい	<input type="checkbox"/> 1:いいえ		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1				
★ 1 補足	<input type="checkbox"/> A:意識障害	<input type="checkbox"/> B:失語	<input type="checkbox"/> C:認知症	★ <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	★ <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C			
	<input type="checkbox"/> D:難聴	<input type="checkbox"/> E:視力障害		<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E		<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E				
●危険行動	<input type="checkbox"/> 0:ない	<input type="checkbox"/> 1:ある		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1				
★補足	<input type="checkbox"/> A:日中	<input type="checkbox"/> B:夜間	<input type="checkbox"/> C:昼夜逆転	<input type="checkbox"/> D:不穏	<input type="checkbox"/> E:徘徊		★ <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C			
	<input type="checkbox"/> F:時々転倒	<input type="checkbox"/> G:しばしば転倒	<input type="checkbox"/> H:頻回に転倒	<input type="checkbox"/> I:ミトン	<input type="checkbox"/> J:体幹抑制	<input type="checkbox"/> K:四肢抑制	<input type="checkbox"/> L:車椅子シートベルト	<input type="checkbox"/> M:うつ	<input type="checkbox"/> N:抗うつ薬使用			
	<input type="checkbox"/> O:精神科受診あり	<input type="checkbox"/> P:抗精神病薬使用	<input type="checkbox"/> Q:睡眠薬使用	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Q		<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Q				
■排泄一般	<input type="checkbox"/> A:尿意・便意あり	<input type="checkbox"/> B:尿意・便意なし	<input type="checkbox"/> C:普通トイレ	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C			
	<input type="checkbox"/> D:おむつ	<input type="checkbox"/> E:ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> F:留置バルーン	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> F			
■排尿	<input type="checkbox"/> A:自立	<input type="checkbox"/> B:一部介助	<input type="checkbox"/> C:全介助	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C			
	<input type="checkbox"/> D:時々失禁	<input type="checkbox"/> E:いつも失禁	<input type="checkbox"/> F:間欠導尿	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> F			
	<input type="checkbox"/> G:夜間排尿あり(回数: 平均 回)			<input type="checkbox"/> G			<input type="checkbox"/> G					
■排便	<input type="checkbox"/> A:自立	<input type="checkbox"/> B:一部介助	<input type="checkbox"/> C:全介助	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C			
	<input type="checkbox"/> D:時々洗腸	<input type="checkbox"/> E:ほぼ定期的な洗腸		<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E		<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E				
■洗面	<input type="checkbox"/> A:自立	<input type="checkbox"/> B:一部介助	<input type="checkbox"/> C:全介助	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C			
■入浴	<input type="checkbox"/> A:自立	<input type="checkbox"/> B:一部介助	<input type="checkbox"/> C:全介助	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C			
■褥瘡	<input type="checkbox"/> A:なし	<input type="checkbox"/> B:あり(部位とサイズ:)			<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B()			<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B()		
■拘縮	<input type="checkbox"/> A:なし	<input type="checkbox"/> B:あり	<input type="checkbox"/> ①右上肢	<input type="checkbox"/> ②右手	<input type="checkbox"/> ③左上肢	<input type="checkbox"/> ④左手	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④
			<input type="checkbox"/> ⑤右下肢	<input type="checkbox"/> ⑥右足	<input type="checkbox"/> ⑦左下肢	<input type="checkbox"/> ⑧左足			<input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/> ⑥	<input type="checkbox"/> ⑦	<input type="checkbox"/> ⑧