長野県厚生農業組合連合会 鹿教湯ニオ山リハビリアーションセンター 様式-3										
		常生活の状況	況についてお尋れ				記載日 を提供するためのもの なに医師以外の方(寿			
該当する項目の□に「レ」、あるいは必要事項をご記入ください。なお記載につきましては医師以外の方(看護師、介護福祉士、PT、 OT、ST、その他)でも結構です。										
患る			様 記載者]介護福祉士 □ そ	の他()			
	日常生活自立度	☐ J1 ☐	J2	A2 B1		B2 C1	☐ C2			
認知症		ロなし	I II a [□ II b □ III a		II b □ IV	☐ M ☐ 不明(意	意識障害などで	判定でき	ない)
意識障害		なし	□ なし □ 傾眠 □ 昏迷 □ 半昏睡 □ 昏睡			運動麻痺	□なし □右 □左 □上肢 □下肢 □体幹			
呼吸状態		□ 吸引(頻度 回/日) 酸素 L					□ 軽度 □ 中等度 □ 重度			
		気管切開	気管切開 カニューレ名()			夜間せん妄 認	□なし□時々	□ 頻繁	常	常時 一
		人工呼吸器	機種名()	知徘徊症	徘 徊	□なし□時々	□ 頻繁		常時 一
医療・看護必要度	創傷処置	なし	□ あり 部位		/11.	その他				
	褥瘡処置	なし	□ あり 大きさ	Ž	高次脳機能障害	失語症	□ なし □軽度	□中等度 [] 重度	
	呼吸ケア	なし	□ あり 処間	置内容		失 行	□ なし □軽度	□中等度 [] 重度	
	点滴ライン3本以上	なし	あり			失 認	□ なし □軽度	□中等度[] 重度	
	心電図モニター	なし	あり			その他				
	シリンジポンプ	なし	あり			日中	□ トイレ □ ポータ	ブルトイレ	」おむつ)
	輸血・血液製剤	なし	□ あり		排	夜 間	□ トイレ □ ポータ	ブルトイレ	」おむつ)
	専門的治療・処置	なし	□ あり 内容		泄	その他	□ 膀胱カテ □ 膀	胱瘻 □人	工肛門	
日常生活機能評価表		0点	1点	2点		尿•便意	□ 伝えられる [□伝えられない	, \	
	床上安静の指示	なし	あり			入浴	自立 一部介原	助 □ 全介助	Ī	
	どちらかの手を胸元ま で持ち上げられる	できる	□ できない			□経□摂取	□経鼻 □胃瘻 □経	≦静脈 □ その他	1 ()
	寝返り	□ できる	回 何かにつかまれた できる	ぜ □ できない	摂	胃瘻の場合(チュ	ーブ名	サイズ	Fr	cm)
	起き上がり	□ できる	□ できない		食	濃厚流動食種	類:	kcal 水分		ml
	座位保持	□ できる	立えがあればでき		政	■要水分とろみ	□ 嚥下食 □ きざみ食	□ その他	()
	移乗	□ できる	見守り・一部介助: 必要	が		食物アレルギー	なし] あり		
	移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(樹 送を含む)	般	٠	ナースコール	□ できる □ で	きない		
	口腔清潔	□ できる	□ できない			既往	□ なし □ あ	り		
	食事摂取	□ 介助なし	□ 一部介助	□ 全介助	転倒		□ 危険性に対して理解	解できない		
	衣服の着脱	□ 介助なし	□ 一部介助	□ 全介助	• 転	危 険 性	□ 移乗不安定 □] 歩行不安定		
	意思の伝達	□ できる	できる時とできない 時がある	` □ できない	落		□ 追突歩行 □ つ	まづき 🗌 め	まい	
	診療・療法上の 指示が通じる	□はい	□ いいえ				□ その他()
	危険行動	口ない	□ ある				□ なし □ あ	り		
	評価日	年 月	日 合計	0 点		身体拘束	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	椅子Y字ベルト	四肢(の拘束
身長 cm 体重 kg 測定日 年 月 日						2) IT-1/3/K	□ ミトン型手袋 [一つなぎ服		
特 記 事 項 リハビリの状況や術後処置、その他必要事項について記載してください。							□ その他()