

フリガナ氏名	様 (男・女)	診断名 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> その他 ()
生年月日	年 月 日 (歳)	

フリガナ氏名	様 (男・女)	診断名 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> その他 ()
生年月日	年 月 日 (歳)	

●生活機能評価

記入日 年 月 日
 医療機関名・事業所名
 電話番号
 記入者署名

日常生活機能評価表 () 点
 ※裏面の日常生活機能評価表を元に患者の状況を評価する

生活の場	<input type="checkbox"/> 自宅 (<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族と同居) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> その他 ()
キーパーソン	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合 :)
居住環境	住宅改修 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 予定 () <input type="checkbox"/> ベッド利用
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 介護 (1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 予定
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (級) <input type="checkbox"/> 申請予定
障害高齢者生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <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
認知症高齢者生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IVa <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M HDS-R () 点
介護(予防介護)保険	訪問系 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理
	通所系 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 運動器 <input type="checkbox"/> 短期集中リハ <input type="checkbox"/> 栄養改善 <input type="checkbox"/> 口腔機能
	その他 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護・生活介護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導
日常生活状況	移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()
	屋内移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> つかまり <input type="checkbox"/> 歩行器等 <input type="checkbox"/> 車椅子 (自走・介助)
	屋外移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器等 <input type="checkbox"/> 車椅子 (自走・介助)
	摂食・栄養 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 () <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> 経管栄養 ()
	服薬 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()
	排尿排便 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 : <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ※夜間 () <input type="checkbox"/> 排便調整必要 <input type="checkbox"/> その他 ()
清潔 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 : <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 浴槽 ()	
褥瘡・皮膚の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
生活・介護上の問題点、特別な状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
リハビリテーション目標	

●生活機能評価

記入日 年 月 日
 医療機関名・事業所名
 電話番号
 記入者署名

日常生活機能評価表 () 点
 ※裏面の日常生活機能評価表を元に患者の状況を評価する

生活の場	<input type="checkbox"/> 自宅 (<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族と同居) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> その他 ()
キーパーソン	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合 :)
居住環境	住宅改修 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 予定 () <input type="checkbox"/> ベッド利用
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 介護 (1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 予定
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (級) <input type="checkbox"/> 申請予定
障害高齢者生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <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
認知症高齢者生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IVa <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M HDS-R () 点
介護(予防介護)保険	訪問系 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理
	通所系 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 運動器 <input type="checkbox"/> 短期集中リハ <input type="checkbox"/> 栄養改善 <input type="checkbox"/> 口腔機能
	その他 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護・生活介護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導
日常生活状況	移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()
	屋内移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> つかまり <input type="checkbox"/> 歩行器等 <input type="checkbox"/> 車椅子 (自走・介助)
	屋外移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器等 <input type="checkbox"/> 車椅子 (自走・介助)
	摂食・栄養 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 () <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> 経管栄養 ()
	服薬 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()
	排尿排便 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 : <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ※夜間 () <input type="checkbox"/> 排便調整必要 <input type="checkbox"/> その他 ()
清潔 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 : <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 浴槽 ()	
褥瘡・皮膚の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
生活・介護上の問題点、特別な状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
リハビリテーション目標	