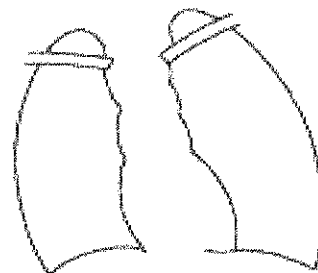


氏名 _____ (男・女) 生年月日 M・T・S 年 月 日 歳

住所 _____ TEL _____

1. 診断名及び合併症

2. 経過及び現症 (検査所見を含む)



3. 現在服用中の薬剤名

4. 検査項目

	問題の有無	感染の恐れ
HCV (C型肝炎)	有・無	有・無 (肝臓疾患のみ検査)
HBS (B型肝炎)	有・無	有・無
TPHA (梅毒)	有・無	有・無
胸写 (結核他)	有・無	有・無
心電図	所見あり ()	所見なし
アレルギー	有・無	薬品 () 食物 ()

5. 身体の状況

- ①運動麻痺 有 (右・左) 無
- ②言語障害 有 無
- ③視力障害 有 無
- ④聴力障害 有 無
- ⑤排泄 自立・一部介助・おむつ使用
- ⑥食事 自立・一部介助・全介助
- ⑦歩行 自立・杖歩行・車椅子・寝たきり
- ⑧入浴 自立・一部介助・全介助
- ⑨整容 自立・一部介助・全介助

6. 判定

- ※障害高齢者の日常生活自立度
J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
- ※認知症高齢者の日常生活自立度
正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
- ※要支援、要介護認定
要支援1・要支援2
要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5

7. 機能訓練指示内容

- #1 物理療法内容:
- #2 理学療法内容:
- #3 作業療法内容:
- #4 食事療法内容:
- #5 その他

8. 目標

- #1 身体機能の維持・改善
- #2 ADLの自立と習慣化
- #3 仕事と趣味になる作業活動の定着
- #4 社会的交流の回復
- #5 精神機能低下の防止

9. 指示コメント

令和 年 月 日

医療機関名称
担当医師名

印