

氏名			様	記入者:		
移動	<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"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子					
	特記事項					
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					
	特記事項					
座位保持	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 手すり等あれば可 <input type="checkbox"/> 不可					
立位保持	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 手すり等あれば可 <input type="checkbox"/> 不可					
転倒・転落	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (頻度:)					
排泄	尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし				
	便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし				
	物品	<input type="checkbox"/> 普通下着 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> リハビリパンツ				
	その他	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 下剤の服用				
	特記事項					
食事	摂取	<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"/> 胃瘻				
	形態	主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> その他			
		副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ペースト			
		水分ロミ	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要			
	治療食	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	特記事項					
入浴	方法	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> チェア浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他				
	洗髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	特記事項					
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
口腔清潔	<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"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 一部					
身体状況	身長	cm	体重	kg		
視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> 見えない (右・左)					
聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 聞こえない (右・左)					
夜間睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 時々不眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 眠前薬					
その他特記事項						