

□ 別紙、診療情報提供書あり(1枚目の記入は不要です)

地域包括ケア病棟 入院目的	<input type="checkbox"/> リハビリテーション(目標ADL: _____) <input type="checkbox"/> 自宅等への退院調整 <input type="checkbox"/> レスパイト(約 _____ 日間) <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> 港区緩和入院 ※治療・検査目的の入院は地域包括ケア病棟の対象外です
医療処置・ ケアの内容 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 末梢持続 <input type="checkbox"/> 末梢適宜 <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/> 皮下注 (内容 _____) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 (内容 _____) <input type="checkbox"/> 酸素療法 (_____ L/min) <input type="checkbox"/> 吸痰・吸引 <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置(部位: _____) <input type="checkbox"/> その他(_____)
精神の状態 (複数選択可)	① 短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし 意志決定能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断不可 意思伝達能力(コミュニケーション) (<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 限定的 <input type="checkbox"/> 伝達不可) ② 問題行動 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転(夜間不眠) <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 ③ 精神・神経症状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 抑うつ傾向 <input type="checkbox"/> 躁傾向 <input type="checkbox"/> 痙攣(抗痙攣薬の内服 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
身体の状態	身長 _____ cm 体重 _____ kg この数ヶ月の体重変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少 麻痺(部位: _____) <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 拘縮(部位: _____) <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____) 食事 <input type="checkbox"/> 全自立 <input type="checkbox"/> 見守りで自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (食事形態): <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> その他 (_____) 洗面 <input type="checkbox"/> 全自立 <input type="checkbox"/> 見守りで自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 更衣 <input type="checkbox"/> 全自立 <input type="checkbox"/> 見守りで自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄 <input type="checkbox"/> 全自立 <input type="checkbox"/> 見守りで自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入浴 <input type="checkbox"/> 全自立 <input type="checkbox"/> 見守りで自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 移動 <input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 補助具使用 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 歩行不能 <input type="checkbox"/> 車いす(<input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 要介助)
介入している 行政・福祉 サービス等 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 訪問診療(頻度: _____) <input type="checkbox"/> 訪問看護(頻度: _____) <input type="checkbox"/> 訪問介護(頻度: _____) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(頻度: _____) <input type="checkbox"/> デイサービス(頻度: _____) <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 独居 (<input type="checkbox"/> 血縁者なしまたは疎遠 <input type="checkbox"/> 血縁者あり(<input type="checkbox"/> 都内 <input type="checkbox"/> 都外)
同居者 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供またはその配偶者 <input type="checkbox"/> 孫またはその配偶者 <input type="checkbox"/> 上記以外の親族 (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
主たる介護者 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供またはその配偶者 <input type="checkbox"/> 孫またはその配偶者 <input type="checkbox"/> 上記以外の親族 (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
キーパーソン	治療方針、療養先決定など各種決定する方 氏名 本人 _____ 患者との関係 _____
部屋希望	<input type="checkbox"/> 4人部屋:室料 なし 個室(税込): <input type="checkbox"/> 11,000円 <input type="checkbox"/> 22,000円(トイレ有) <input type="checkbox"/> 27,500円(トイレ・シャワー有)

I. 入院前（1ヶ月）の日常生活動作について、各項目で一番近いものに丸をつけてください

項目	0点	1点	3点	5点	7点	9点	10点
歩行 起座	寝たきり (座位不能)	寝たきり (座位可能)	寝たり, 起きたり, 手押し車等の 支えがいる	つたい歩き 階段昇降不能	杖歩行 階段昇降困難	短時間の 独歩可能	正常
生活圏	寝床上 (寝たきり)	寝床周辺	室内	屋内	屋外	近隣	正常
着脱衣 入浴	全面介助 特殊浴槽入浴	ほぼ全面介助 (指示に多少従え る) 全面入浴介助	着衣困難, 脱衣も 部分介助を多く 要する	脱衣可能, 着衣は 部分介助を要す る 自分で部分的に 洗える	遅くて, 時に不正確 洗髪・足など洗え ない	ほぼ自立, やや 遅い 体は洗えるが洗 髪に介助を要す る	正常
摂食	経口摂取不能	経口全面介助	介助を多く要す る(途中でやめる 全部細かくきざ む必要あり)	部分介助を要す る(食べにくいも のをきざむ必要あ り)	配膳を整えてもら うとほぼ自立	ほぼ自立	正常
排泄	常時, 大小便 失禁(尿意・便 意が認められ ない)	常時, 大小便失禁 (尿意・便意があ り, 失禁後不快感 を示す)	失禁することが 多い(尿意・便 意を伝えること 可能, 常時おむ つ)	ときどき失禁す る(気を配って介 助すればほとん ど失禁しない)	ポータブルトイレ・しびん使用, 後 始末不十分	トイレで可能 後始末は不十分 なことがある	正常

II. 入院前（1ヶ月）のもの忘れや意欲について、各項目で一番近いものに丸をつけてください

項目	0点	1点	3点	5点	7点	9点	10点
家事 身辺整理	不能	ほとんど不能	買い物不能, ごく 簡単な家事, 整理 も不完全	簡単な買い物も 不確か, ごく簡単 な家事, 整理のみ 可能	簡単な買い物は可 能, 留守番, 複雑な 家事, 整理は困難	やや不確実だ が, 買い物, 留守 番, 家事などを 一応任せられる	正常
関心 意欲 交流	無関心 全く何も しない	周囲に多少関心 あり ぼんやりと無為 に過ごすことが 多い	自らはほとんど 何もしないが, 指示されれば簡 単なことはしよ うとする	習慣的なことは ある程度自らす る 気が向けば人に 話かける	運動・家事・仕 事・趣味などを気 が向けばする 必要なことは話か ける	やや積極性の低 下がみられる が, ほぼ正常	正常
会話	呼びかけに 無反応	呼びかけに一応 反応するが, 自ら 話すことはない	ごく簡単な会話 のみ可能, つじつ まの合わないこ とが多い	簡単な会話は可 能であるが, つじ つまの合わない ことがある	話し方はなめらか ではないが, 簡単な 会話は通じる	日常会話はほぼ 正常, 複雑な会 話がやや困難	正常
記憶 記憶	不能	新しいことは全 く覚えられない 古い記憶はまだ ある	最近の記憶はほ んどない 古い記憶多少残 存. 生年月日不 確か	最近の出来事の 記憶困難. 古い 記憶の部分的脱 落. 生年月日正答	最近の出来事をよ く忘れる 古い記憶はほぼ正 常	最近の出来事を ときどき忘れる	正常
見当識	全くなし	ほとんどなし 人物の弁別困難	失見当識著明 家族と他人との 区別は一応でき るが, 誰か分から ない	失見当識かなり あり(日時・年 齢・場所など不 確か, 道に迷う)	ときどき場所を間 違えることがある	ときどき日時を 間違えることが ある	正常

患者名

0

記入日

年

月

日記入者