

5. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

麻痺の状況		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		褥瘡の有無		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
A D L	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		移動(室内)		<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input checked="" type="checkbox"/> その他 手びき	
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		移動(屋外)		<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input checked="" type="checkbox"/> その他 //	
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		起居動作		<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		入浴方法		<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input checked="" type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> その他	
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		(注)UDFの食形態		<input type="checkbox"/> 区分1 容易にかめる <input type="checkbox"/> 区分3 舌でつぶせる	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input checked="" type="checkbox"/> 区分2 歯ぐきでつぶせる <input type="checkbox"/> 区分4 かまなくてよい				
食 事 内 容	食事回数	3回/日 (朝 7時頃・昼 12時頃・夜 19時頃)		食事制限		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり ( )	
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー					
	摂取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	特記事項	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
アレルギー		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
口 腔	口腔清潔	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		義歯		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総 )	
	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input checked="" type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる		義歯の使用		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
排 泄 *	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル( <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時 )		<input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ	
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input checked="" type="checkbox"/> オムツ/パッド( <input checked="" type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時 )		( )	
睡眠の状態		<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良		眼剤の使用		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 常用 <input type="checkbox"/> 時々 )	
喫煙		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		飲酒		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
コ ミュ ニ ケ ー シ ョ ン に お け る 問 題 点	視力	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : 眼鏡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		コミュニケーションに関する特記事項:			
	聴力	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : 補聴器 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
	言語	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
	意思疎通	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり					
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力・攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能の低下 <input type="checkbox"/> 興奮 <input checked="" type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他					

■UDFの食形態区分の情報  
詳細は日本介護食品協会サイトをご参照ください。  
<https://www.udf.jp/outline/udf.html>



■かかりつけ歯科医と連携して普段から情報を得ておくことを意識しましょう。

6. 本人/家族の意向について

入 院 前	本人の趣味・興味・関心領域等	手先が器用で編み物が得意		在宅生活 について	本人の意向	夫や娘の支援を受け家で暮らしたい <input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照	
	本人の生活歴	専業主婦で三人の子供を育てた			家族の意向	本人の意向に沿って自宅生活でできるようなサービスを利用したい <input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照	

7. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他
-----------------	--

8. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input checked="" type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり

9. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に必要な要件	娘は協力的で可能な限り自宅での生活を希望していますが、一時的に入所等の利用も必要かと考えています。	
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 子と同居 (家族構成員数 3名) <input type="checkbox"/> 日中独居* <input type="checkbox"/> その他:	
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 夫自身の治療のため入院が必要で介護力が低下している	
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート4に同じ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外 氏名: ○○ 続柄: 三女 年齢: ××	
介護力*	<input checked="" type="checkbox"/> 介護力が見込める ( <input type="checkbox"/> 十分 <input checked="" type="checkbox"/> 一部 ) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない	
家族や同居者等による虐待の疑い*	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
特記事項		

\*=診療報酬 入院支援加算(1)(2)「退院困難な患者の要因」に関連

■本人の「強み」に焦点をあてた情報を提供しましょう。

■ケアマネジャーとして利用者の在宅生活継続が可能になる状況を考慮し記載します。