

4. 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 checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他	
	移乗	<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(屋外)		<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input 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 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 type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	入浴方法		<input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴 <input 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 区分の目安		<input type="checkbox"/> 区分1 容易にかめる <input checked="" 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 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 時頃・昼 時頃・夜 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 type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	水分制限	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <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 checked="" 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 type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	トイレ		<input type="checkbox"/> ポータブル (<input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時) <input checked="" type="checkbox"/> カテテル・パウチ	
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	オムツ/パッド (<input type="checkbox"/> 夜間 <input checked="" type="checkbox"/> 常時)		(次回交換×/×)	
睡眠の状態		<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良	眠剤の使用		<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> 常用 <input type="checkbox"/> 時々)	
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				
	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 type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	コミュニケーションに関する特記事項: 認知機能の維持のため程よい刺激を			
	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 checked="" 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				
認知症高齢者の日常生活自立度		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input checked="" type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	感染症		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
薬剤管理		<input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者による管理(管理者: 三女、夫 管理方法:)		()		
服薬している薬の種類、内容		<input checked="" type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> 下記参照				
備考		家族に服薬指導				

■ 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>



5. カンファレンス 検討事項

住宅改修の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input checked="" type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> その他				
福祉用具購入	<input type="checkbox"/> シャワーチェア <input type="checkbox"/> シャワーキャリー <input type="checkbox"/> 浴槽台 <input type="checkbox"/> バスボード <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 補高便座 <input type="checkbox"/> 特殊尿器 <input type="checkbox"/> その他				
福祉用具レンタル	<input checked="" type="checkbox"/> 車いす (<input type="checkbox"/> 自走用 <input checked="" type="checkbox"/> 介助用) <input type="checkbox"/> クッション (種類) <input type="checkbox"/> ベット <input type="checkbox"/> マットレス (種類) <input type="checkbox"/> その他				
その他サービスの必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> デイケア <input checked="" type="checkbox"/> デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> その他				
リハビリ継続の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 動作訓練、筋力アップ				
区分変更申請の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり				
その他検討事項	夫の入院が来月×日～2週間の予定。入院中はショートステイ利用を検討。				

6. 情報交換の履歴

回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)	会議出席
1	×年×月×日	〇〇病院 看護師	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
2	×年×月×日	〇〇病院 看護師、リハ職、MSW	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
3	×年×月×日	〇〇病院 医師、看護師、リハ職、MSW	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり

■ 情報交換した日、誰と話したかなど記入しておきます。