

神戸市版「入退院連携シート」について

1 経緯

- 「地域包括ケア推進部会 医療介護連携に関する専門部会」において、入退院時における医療・介護を切れ目なく円滑に提供するための議論を行い、神戸市版「入退院連携シート」および連携ガイドラインを作成した。

2 作成目的

- 介護支援専門員（ケアマネジャー）と医療機関との間における患者情報のやりとりをルール化し、在宅から病院、病院から在宅への移行を円滑に行う。
- 患者が住み慣れた地域で療養しつつ、自分らしい生活を続けることができるよう、患者・家族にとってより良いケアプランの作成につなげる。

3 対象者

<入院時>

- 介護保険の要介護・要支援の認定を受けている人

<退院時>

- 介護保険の要介護・要支援の認定（認定申請中を含む）を受けており、病院を退院し、在宅移行もしくは施設に入所する人（転院、レスパイト入院を除く）

4 入院連携シートの利用方法

- 作成者（記入者）

ケアマネジャー

- シートの作成目的

入院から概ね3日以内に、患者の状況や、在宅生活の要望などについて、医療機関に適切に情報提供を行うことで、医療と介護の連携を円滑に行う。

退院後の生活をイメージした、より適切な医療の提供（患者にとってのメリット）
退院支援計画作成に向けた生活情報の取得（医療機関にとってのメリット）

- シートの様式

チェック方式 ・簡便に記入ができる

・病院やケアマネジャーにとって分かりやすく使いやすい

シート1枚に収まる内容 ・入院から概ね3日以内に医療機関に提供する

・ケアマネジャーの負担軽減

5 退院連携シートの利用方法

○作成者（記入者）

ケアマネジャーが医療機関や患者・家族からの聞き取り情報をもとに作成

○シートの作成目的

- ①ケアマネジャーが、医療機関の多職種等から情報収集することで、円滑な在宅療養生活に向けて適切なケアプランを作成できるようにする。
- ②患者情報を、在宅療養生活を支える多職種（在宅チーム）で共有することで適切な医療・介護サービスを提供する。

○シートの様式

チェック方式 ・ 簡便に記入ができる

退院時におけるアセスメントシートとしても活用可

○その他

退院連携シートの記入項目は、医療機関が作成する看護サマリーとの重複項目が多い。

医療機関から、看護サマリーを通じて、ケアマネジャーに正確・確実に情報を伝えていただくことで、患者と家族にとってより良いケアプランの作成につながると考え、神戸市版看護サマリー（標準様式）をあわせて作成した。

6 シートの配布

「入院連携シート」「退院連携シート」「看護サマリー（標準様式）」は下記のホームページに掲載している。

①神戸市

<http://www.city.kobe.lg.jp/life/health/iryokaigorenkenkei/index.html>

②神戸市ケアマネジャー連絡会

<http://www.kobe-caremane.net/>

③神戸市民間病院協会

<http://kobe-minkan.or.jp/download.html>

④神戸市医師会

<http://www.kobe-med.or.jp/>

⑤医療介護サポートセンター

<https://kobe-iks.net/download>

入院連携シート

神戸市

提供日 年 月 日 入院日 年 月 日

事業所(施設)名 ケアマネジャー名 電話・FAX

ふりがな氏名 生年月日 明大昭 年 月 日 年齢 歳 性別 男 女

氏名(キーパーソン) 続柄※ 住所 電話番号 備考

緊急時連絡先 1 2

※「成年後見人」の場合は、続柄欄にその旨記載。どちらか一方が医療同意者となる場合、その他留意事項があれば備考欄に記載

家族の介護力 独居 日中独居 子と同居 高齢世帯 家族が要介護 その他()

医療保険 後期高齢者 国保 健康保険 共済 生保() CW) 船員

住環境 戸建 集合 階 EV 無 有

障害等認定 身障() 精神() 療育 特定疾患()

経済状況 国民年金 厚生年金 生活保護 その他の収入()

本人・家族の意向、生活目標等(DNARの有無を含む) 生活歴(これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など)

要介護度 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

障害高齢者の日常生活自立度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 (備考)

認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

介護サービス利用状況

訪問 介護(/ 週) 入浴(/ 週) リハビリ(/ 週) 看護(/ 週)

通所 介護(/ 週) リハビリ(/ 週) 短期入所 日 / 月

その他

居宅療養管理指導 無 有 (職種:) 訪問看護事業所 (電話番号)

かかりつけ医療機関(医科・歯科・薬局) 医療機関名等 電話番号 現在治療中の病気 ※主治医意見書等参照

既往歴 悪性腫瘍 心血管疾患 脳血管疾患 骨折 その他() 手術歴

在宅での生活状況

食事 食形態 普通 嚥下食(刻み ソフト食 ペースト とろみ) 制限 無 有 (塩分 水分 その他()

口腔ケア 義歯 無 有 (全部 一部)

移動方法 手引き 杖 歩行器 シルバーカー 車椅子 その他()

入浴 入浴制限 無 有 (シャワー浴 清拭 その他()

排泄 排尿 排尿能力 自排尿 間欠導尿 排便習慣 回 / 日・週) 日中 トイレ ポータブル オムツ リハビリパンツ その他() 排便 夜間 トイレ ポータブル オムツ リハビリパンツ その他()

服薬管理 処方薬 無 有 お薬手帳参照 眠剤の使用 無 有 薬剤管理 自己管理 他者管理 () 夜間の状態 良 不穏 服薬状況 処方通り服用 時々飲み忘れ 飲み忘れが多い・処方が守られていない 服薬拒否

コミュニケーション 聴力 問題なし やや難あり 困難 (補聴器の使用 無 有) 言語 問題なし やや難あり 困難 視力 問題なし やや難あり 困難 意思疎通 問題なし やや難あり 困難

精神・心理面での療養上の留意点 無 有 幻視・幻覚 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊 不潔行為 火の不始末 異食行動 性的問題行動 その他()

特別な医療 経管栄養(胃ろう 腸ろう 鼻腔) 透析 人工肛門 酸素療法 人工呼吸器 気管切開 褥瘡処置 膀胱留置カテーテル 中心静脈栄養 その他()

在宅移行時に推測される問題点、介護上特に注意すべき点

※上記の担当者が利用者または家族の承諾を得て、利用者の入院・入所先を関係者へ情報提供します。

退院連携シート

神戸市

記入者

記入日

年

月

日

事業所(施設)名	
ケアマネジャー名	
電話番号	

病院・診療所名	
担当部署・担当者名	
電話番号	

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得ています。

ふりがな氏名	生年月日	明大昭 □ □ □	年	月	日	年齢	歳	性別	男女 □ □
住所	電話番号 (固定)		(携帯)						
緊急時連絡先	氏名(キーパーソン)	続柄※	住所	電話番号	備考				
	1								
	2								
※「成年後見人」の場合は、続柄欄にその旨記載。どちらか一方が医療同意者となる場合、その他留意事項があれば備考欄に記載									
家族の介護力	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族が要介護 <input type="checkbox"/> その他()		医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 生保(CW) <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 船員		住環境	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合 <input type="checkbox"/> 階 EV <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
			障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障() <input type="checkbox"/> 精神() <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患()					
	退院後の生活に関する意向(本人・家族)					生活歴(これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など)			

要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請	有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
	申請日() 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	入院先主治医	主治医:
---------------	---	--------	------

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 type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	診療科:
----------------	---	------

入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 予定
------	------------------

現在治療中の病気	①	②	③
----------	---	---	---

病名(入院原因疾患)	
------------	--

入院中の経過 予後・予測	
--------------	--

今後の医学管理	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
---------	---

既往歴	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他()	手術歴
-----	---	-----

病気、後遺症等の受け止め/医療への意向等(DNARの有無含)	本人	本人への病名告知 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	家族
	本人		

退院後必要な事柄	医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 自己注射() <input type="checkbox"/> その他()						
	医療・看護・リハビリの視点							
	禁忌事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	運動制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	栄養状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	入院時体重	kg

入院中の過ごし方	
----------	--

利用者氏名

	自立	見守り	一部介助	全介助	
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()
寝返り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
整容	洗顔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	整髪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	爪切	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義 歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部)
食事摂取 食事形態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食 (<input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> とろみ)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 ml/日 カロリー kcal/日)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常に) <input type="checkbox"/> 診断有 <input type="checkbox"/> ST介入有 咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食物アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()
更 衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
排泄	排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	排尿能力 <input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル 排便習慣 回/ (日・ 週)
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他()
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処方薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉砕
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬剤管理 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理() <input type="checkbox"/> 服薬拒否 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	眠剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 睡眠の状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 頓服の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	禁忌事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
簡単な調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 買い物 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 金銭管理 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
麻 痺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他
拘 縮	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:) <input type="checkbox"/> 四肢欠損(部位:)
褥 瘡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:)
皮膚疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:)
視 力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり見えない <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能 めがね使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
聴 力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 普通の声はやっと聞き取れる <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	補聴器の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
意思伝達	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる (伝達方法:)
認知(短期記憶)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし (<input type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる → → 再度確認しても同じ答え)
精神・心理面での療養上の留意点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> しつこく同じ話をする <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護への抵抗
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動
社会との関わり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 特記事項()
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族等近親者との交流 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	地域近隣との交流 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	友人知人との交流 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無
その他(退院後の生活で注意すべき点、住宅改修の必要性、在宅復帰のために整えなければならない要件等)					
自立した日常生活を営むことができるように支援するうえで解決すべき課題					
備 考					

記入日 年 月 日

看護サマリー（標準様式）

神戸市

病院・診療所名		記入者	
フリガナ氏名	生年月日	年 月 日	年齢 歳 性別
住所	電話番号 (固定)	(携帯)	
緊急時連絡先	氏名 (キーパーソン)	続柄※	電話番号
	1		携帯番号
2			備考
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請 有効期限 (年 月 日 ~ 年 月 日) 申請日 () 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		入院先主治医 診療科:
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 type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 予定		
病名	既往歴		
入院中の経過/予後・予測/入院中の過ごし方			
今後の医学管理	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 ① ② ③		
病気や後遺症等の受け止め/医療への意向等 (DNARの有無含)	本人	本人への病名告知 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	家族
医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔 最終交換日 __ / __) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (処置内容:) <input type="checkbox"/> カテーテル (____ Fr 最終交換日 __ / __) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
医療・看護・リハビリの視点 (栄養状態、禁忌事項等含)			入院時体重 kg
	自立	見守り	一部介助
移動・移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
寝返り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
起き上がり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事摂取 食事形態	食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食 (<input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> とろみ) <input type="checkbox"/> 制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 ml/日 カロリー kcal/日)	
	嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常に) <input type="checkbox"/> 診断有 <input type="checkbox"/> ST介入有 咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	
	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
口腔ケア	義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部)	
入浴	入浴の制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 ()	
更衣			
排泄	排尿	排尿能力	<input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル 排便習慣 回 / (日・週)
	排便		日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他 () 夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他 ()
服薬管理	処方薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎	
	薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理 () <input type="checkbox"/> 服薬拒否 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	眠剤の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	睡眠の状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 頓服の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他 ()		
拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:) <input type="checkbox"/> 四肢欠損 (部位:)		
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:) 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:)		
視力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり見えない <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能 めがね使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 普通の声やと聞き取れる <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能		
	補聴器の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
意思伝達	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる (伝達方法:)		
認知 (短期記憶)	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし (<input type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる → → 再度確認しても同じ答え)		
精神・心理面での療養上の留意点	<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> しつこく同じ話をする <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護への抵抗		
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 特記事項 ()		