

様式1 入院時情報提供シート

記入日 平成 年 月 日

事業所 情報	事業所名				電話番号	- -					
	担当者名				FAX番号	- -					
被保険者 情報	氏名			生年月日	年 月 日		年齢	才	性別	男・女	
	住所					身長	cm	体重	kg		
緊急時 連絡先	氏名	続柄		自宅番号	携帯番号		職場番号		キーパーソン		
	①			- -	- -		- -		<input type="checkbox"/>		
	②			- -	- -		- -		<input type="checkbox"/>		
	③			- -	- -		- -		<input type="checkbox"/>		
家族構成図		住環境		建物(□一戸建 □集合住宅(階建て 階)) エレベーター(□有 □無) 手すり(□有 □無) 段差(□有 □無) 車椅子移動(□可 □不可)							
		在宅主治医		医療機関名		電話番号		- -			
		要介護度		□未申請、非該当 □要支援 1 2 □要介護 1 2 3 4 5 認定日: 年 月 日 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日							
		サービス利用状況									
		□訪問介護(回/週、事業所:) □福祉用具貸与(内容:) □訪問看護(回/週、事業所:) □住宅改修(内容:) □訪問リハ(回/週、事業所:) □短期入所(週/月、施設名は下に記載) □通所介護(回/週、事業所:) □その他() □通所リハ(回/週、事業所:) □その他() □利用施設名(短期入所含む施設系サービス):									
感染症		□不明 □有()				食物アレルギー □不明 □有()					
薬剤アレルギー		□不明 □有()				その他アレルギー □不明 □有()					
薬の管理		□本人 □家族 □その他(□お薬カレンダー □ヘルパー □訪問看護 □)									
運動	独歩	□自立 □見守り □一部介助 □全介助				麻痺 □無 □有()					
	杖歩行	□自立 □見守り □一部介助 □全介助				しびれ □無 □有()					
	車椅子	移乗	□自立 □見守り □一部介助 □全介助				痛み □無 □有()				
		移動	□自立 □見守り □一部介助 □全介助				褥瘡 □無 □有()				
	転倒	□無 □有(直近いつ頃: 年 月 日頃)									
	寝返り	□自立 □見守り □一部介助 □全介助				骨の変形 □無 □有()					
座位保持	□自立 □見守り □一部介助 □全介助				足腰の弱り □無 □有()						
睡眠	不眠	□無 □有(眠剤使用: □無 □有)				食欲 □無 □有					
食事	状況	□自立 □見守り □一部介助 □全介助				摂取方法 □箸 □スプーン □その他					
	内容	□普通 □粥 □きざみ □ミキサー □経管栄養(cal、種類:連絡事項に記載) □むせ □無 □有()									
排泄	状況	□自立 □見守り □一部介助 □全介助 (□トイレ □ポータブル □パンツおむつ □テープおむつ □パット)									
	夜間	□自立 □見守り □一部介助 □全介助 (□トイレ □ポータブル □パンツおむつ □テープおむつ □パット)									
	排尿回数	回/日									
	排尿障害	□無 □有(□頻尿 □排尿困難 □失禁 □ストマ □尿道留置カテーテル(次回交換予定: 年 月 日))									
	排便回数	回/日・週 (最終排便日: 年 月 日)									
清潔	排便障害	□無 □有(□下痢 □便秘 □ストマ □失禁)									
	頻度	□毎日 □2~3日に1回 □7日に1回 (最終入浴日: 年 月 日)									
	清拭	□自立 □見守り □一部介助 □全介助				洗髪 □自立 □見守り □一部介助 □全介助					
	シャワー	□自立 □見守り □一部介助 □全介助				更衣 □自立 □見守り □一部介助 □全介助					
	入浴	□自立 □見守り □一部介助 □全介助				訪問入浴 □無 □有(事業者名)					
口腔ケア	義歯 □無(歯磨き1日 回) □有(□部分 □総義歯)										
療養上の問題		□無 □有(□幻視・幻聴 □興奮 □不穏 □妄想 □暴力 □介護への抵抗 □昼夜逆転 □不眠 □危険行為 □徘徊 □不潔行為 □意思疎通困難 □認知機能低下(程度:) □その他() 同居家族の認知症の有無: □無 □有(程度: 誰が:)									
医療処置		□バルーンカテーテル □ストマ(人工肛門・膀胱) □気管切開 □喀痰吸引 □胃瘻 □褥瘡 □その他() 処理の頻度: 家族での対応: □可 □不可									
家族の介護力		□無 □有(留意点等:)									
家族への介護指導		□無 □有(理解の状況... □十分 □不十分(問題点:)									
◆既往歴											
◆本人・家族が生活する上で大事にしていること、希望する生活											
◆介護を行っていて気になること(家族と当事者間の関係等)											
◆連絡事項・その他											

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

入院時情報提供シート

記入例

記入日

平成28年7月13日

事業所情報	事業所名	〇〇居宅介護支援事業所			電話番号	0264 - 23 - 1050			
	担当者名	木曾 太郎			FAX番号	0264 - 23 - 1052			
被保険者情報	氏名	広域 花子	生年月日	昭和〇年〇月〇日	年齢	75 才	性別	男 (女)	
	住所	〇〇町〇〇番地			身長	150 cm	体重	50 kg	
緊急時連絡先	氏名	続柄	自宅番号	携帯番号	職場番号	キーパーソン			
	① 広域 長女	子	0264-〇-〇〇	- -	- -	□			
	② 広域 長男	子	03-〇〇-〇〇	090-〇〇-△△	- -	■			
	③ 広域 一郎	弟	0264-□-□□	090-△△-〇〇	- -	□			
家族構成図		<div> </div>							
住環境		建物(■一戸建 □集合住宅(階建て 階)) エレベーター(□有 □無) 手すり(■有 □無) 段差(■有 □無) 車椅子移動(■可 □不可)							
在宅主治医		医療機関名		〇〇医院		電話番号		0264-〇-〇〇	
要介護度		□未申請、非該当 □要支援 1 2 ■要介護 1 ② 3 4 5 認定日: 平成27年12月1日 有効期間: 28年1月1日 ~ 28年12月31日							
サービス利用状況									
■訪問介護(6回/週、事業所:訪問介護〇〇) □福祉用具貸与(内容:) □訪問看護(回/週、事業所:) ■住宅改修(内容:手すり取付) □訪問リハ(回/週、事業所:) ■短期入所(2週/月、施設名は下に記載) ■通所介護(3回/週、事業所:デイスサービス〇〇) □その他() □通所リハ(回/週、事業所:) □その他() ■利用施設名(短期入所含む施設系サービス):特別養護老人ホーム〇〇									
感染症	■不明 □有()			食物アレルギー	■不明 □有()				
薬剤アレルギー	■不明 □有()			その他アレルギー	■不明 □有()				
薬の管理	□本人 ■家族 ■その他(■お薬カレンダー ■ヘルパー □訪問看護 □)								
運動	独歩	□自立 □見守り ■一部介助 □全介助	麻痺		■無 □有()				
	杖歩行	□自立 □見守り ■一部介助 □全介助	しびれ		■無 □有()				
	車椅子	移乗	□自立 □見守り ■一部介助 □全介助	痛み		□無 ■有(両ひざ関節痛)			
		移動	□自立 ■見守り □一部介助 □全介助	褥瘡		■無 □有()			
	転倒	□無 ■有(直近いつ頃: 28年 6月15日頃)							
	寝返り	□自立 ■見守り □一部介助 □全介助	骨の変形		■無 □有()				
睡眠	座位保持	□自立 ■見守り □一部介助 □全介助	足腰の弱り		□無 ■有(両下肢の筋力低下)				
	不眠	■無 □有(眠剤使用: □無 □有)		食欲	□無 ■有				
食事	状況	□自立 □見守り ■一部介助 □全介助	摂取方法		□箸 ■スプーン □その他				
	内容	■普通 □粥 □きざみ □ミキサー □経管栄養(cal、種類:連絡事項に記載) むせ ■無 □有()							
排泄	状況 日中	□自立 □見守り ■一部介助 □全介助 (□トイレ ■ポータブル ■パンツおむつ □テープおむつ □パット)							
	状況 夜間	□自立 □見守り ■一部介助 □全介助 (□トイレ □ポータブル ■パンツおむつ □テープおむつ □パット)							
	排尿回数	4 回/日							
	排尿障害	□無 ■有(■頻尿 □排尿困難 □失禁 □ストマ □尿道留置カテーテル(次回交換予定: 年 月 日))							
	排便回数	2 回/日 (週) (最終排便日: 28年 7月10日)							
清潔	排便障害	□無 ■有(□下痢 ■便秘 □ストマ □失禁)							
	頻度	□毎日 ■2~3日に1回 □7日に1回 (最終入浴日: 28年 7月11日)							
	清拭	□自立 □見守り ■一部介助 □全介助	洗髪	□自立 □見守り ■一部介助 □全介助					
	シャワー	□自立 □見守り ■一部介助 □全介助	更衣	□自立 □見守り ■一部介助 □全介助					
	入浴	□自立 □見守り ■一部介助 □全介助	訪問入浴	■無 □有(事業者名)					
療養上の問題	口腔ケア	義歯 □無(歯磨き1日 回) ■有(■部分 □総義歯)							
	□無 ■有(□幻視・幻聴 □興奮 ■不穏 ■妄想 □暴力 □介護への抵抗 □昼夜逆転 □不眠 □危険行為 □徘徊 □不潔行為 □意思疎通困難 □認知機能低下(程度:) □その他() 同居家族の認知症の有無: ■無 □有(程度: 誰が:)								
	医療処置	□バルーンカテーテル □ストマ(人工肛門・膀胱) □気管切開 □喀痰吸引 □胃瘻 □褥瘡 □その他() 処理の頻度: 家族での対応: □可 □不可							
家族の介護力	■無 □有(留意点等:)								
家族への介護指導	□無 ■有:理解の状況...□十分 ■不十分(問題点:長女は知的障害があり、長男は離れて暮らしている)								
◆既往歴									
H26.10 右足首骨折 H27.12 認知症									
◆本人・家族が生活する上で大事にしていること、希望する生活 下肢の筋力が低下しているが、リハビリをして少しでも自分で歩けるようになりたい									
◆介護を行っていて気になること(家族と当事者間の関係等) 同居している長女は、知的障がいがあり介護力は乏しいです。									
◆連絡事項・その他 長男は2か月に1度、病院受診にあわせて木曾に来ています この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。									

看護要約(退院)

2016/07/07 09:31 1/3 頁

記載日 (2016年07月07日) 記載者 (中村 敦子) 師 長 ()

患者番号	999061	入院日	2016年03月29日 10:00	病棟	感染症
フリガナ	カカンジャ 61	生年月日	昭和02年07月20日	年 齢	88歳 11ヶ月
患者氏名	仮患者 六十一 様	性 別	男性	血液型	不明(不明)
		身長	cm	体重	kg
住 所	長野県 木曽郡 木曽町福島 黒川 1 2 4			電話番号①	
				電話番号②	
連絡先	氏 名	続柄	自宅番号	携帯番号	職場番号
	住 所				
	①				<input type="checkbox"/>
	②				<input type="checkbox"/>
	③				<input type="checkbox"/>
介護保険サービス	利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		主病名	
	介護度				
	事業所担当者			家族構成と関係	
	連絡先			本人__男 <input type="checkbox"/> 本人__女 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 男性同居 <input type="checkbox"/> 男性死別 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 女性同居 <input type="checkbox"/> 女性死別 <input type="checkbox"/> 系統 <input type="checkbox"/>	
	内容				
病状の理解度	病気に対して:				
	治療に対して:				
	病名の告知:				
既往歴	発病時期	病 名	転帰	発病時期	病 名
看護の経過 及び 評価					
<p>●指導内容 介護技術指導 (<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 排泄)</p> <p>服薬指導: 実施日 栄養指導: 実施日</p> <p>●問題点及び今後の方針</p> <p>●次回受診日: (主治医:)</p> <p><input type="checkbox"/> 他科受診: (主治医:)</p> <p><input type="checkbox"/> 訪問診療: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有</p>					

患者番号 (999061) 患者氏名 (仮患者 六十一)

		<input type="checkbox"/> 日常生活状況調査票へ記載	
運動	独歩	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	杖歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	車椅子	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
		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
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	座位保持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()
	しびれ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()
	痛み	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()
	骨の変形	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()
足腰の弱り	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()	
呼吸	呼吸障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()
睡眠	不眠	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (眠剤使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
	食欲	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (IM以内の体重増減 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg)
食事		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	内容	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> その他 ()
	むせ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
排泄	状況	<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"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> パンツ式オムツ <input type="checkbox"/> テープ式オムツ <input type="checkbox"/> パット	
	排尿障害	<input type="checkbox"/> 無 回数 () <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 排尿困難 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル (Fr cc 交換) <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> ()	
		<input type="checkbox"/> 無 回数 () 最終排便日 () <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 (下剤:) <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> ()	
	排便障害	<input type="checkbox"/> 無 回数 () 最終排便日 () <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 (下剤:) <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> ()	
清潔	頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2～3日に1回 <input type="checkbox"/> 7日に1回	
	清拭	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	シャワー	<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 type="checkbox"/> 全介助	
	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	
	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	
	口腔ケア	義歯 <input type="checkbox"/> 無 (歯磨き1日 () 回) <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総義歯)	
嗜好品	飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (回/週 1回量)	
	タバコ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (歳～ 歳 本/日)	
コミュニケーション	視力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	聴力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	見当識	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ()	
	信仰	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
心配な行動		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
感染症		輸血歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
食物アレルギー			
薬剤アレルギー			
その他アレルギー			
退院時処方			

患者番号 (999061)

患者氏名 (仮患者 六十一)

Barthel Index: 0 / 100		日常生活状況調査票			
	全介助	一部介助		自立	備考
寝返り	<input type="checkbox"/> できない(0)	<input type="checkbox"/> 手伝えばできる(2)	<input type="checkbox"/> 紐・手すり等を使用(4)	<input type="checkbox"/> できる(5)	<input type="checkbox"/> エアマット <input type="checkbox"/> 除圧マット
起上り	<input type="checkbox"/> できない(0)	<input type="checkbox"/> 手伝えばできる(2)	<input type="checkbox"/> 紐・手すり等を使用(4)	<input type="checkbox"/> できる(5)	
起立	<input type="checkbox"/> できない(0)	<input type="checkbox"/> 手伝えばできる(5)	<input type="checkbox"/> つかまればできる(8)	<input type="checkbox"/> できる(10)	
移乗	<input type="checkbox"/> できない(0)	<input type="checkbox"/> 座ることはできるがほぼ全介助(5)	<input type="checkbox"/> 監視を必要とする(10)	<input type="checkbox"/> できる(15)	<input type="checkbox"/> 車椅子移動可 <input type="checkbox"/> 常時ベッド 移動手段:
歩行	<input type="checkbox"/> できない(0)	<input type="checkbox"/> 車椅子操作可能(10)	<input type="checkbox"/> 限られた範囲はできる(室内・トイレ)(10)	<input type="checkbox"/> できる(15)	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> 4点杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具
食事	<input type="checkbox"/> できない(0) <input type="checkbox"/> 経管栄養(0)	<input type="checkbox"/> 工夫すればできる(見守り〜一部介助)(5)		<input type="checkbox"/> できる(10)	食事内容 常食
主食	<input type="checkbox"/> ご飯	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> ミキサー粥	<input type="checkbox"/> 他()	
副食	<input type="checkbox"/> 常菜	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> キザミ	<input type="checkbox"/> 嚥下調整食	
乳製品	<input type="checkbox"/> 牛乳	<input type="checkbox"/> ヨーグルト	<input type="checkbox"/> 乳製品禁		
水分	<input type="checkbox"/> トロミ不要	<input type="checkbox"/> トロミ()	<input type="checkbox"/> 水分ゼリー		
食事制限	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 療養食		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無			
好き嫌い	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無			
摂取方法	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> フォーク	<input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 自助具	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> リハビリ食器	<input type="checkbox"/> 食事用エプロン	
摂取状態	<input type="checkbox"/> イス	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> リクライニング	<input type="checkbox"/> ベッド上	
排泄	<input type="checkbox"/> 失禁状態(0)	<input type="checkbox"/> 時々失禁あり(5)		<input type="checkbox"/> 失禁なし(10)	尿意: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル留置(Fr) (最終交換日:)
日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> 布パンツ	<input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> パット確認 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ交換 <input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> パット	便意: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ストーマ造設 排便回数: 回 緩下剤の使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 最終排便:
夜間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> 布パンツ	<input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> パット確認 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ交換 <input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> パット	
トイレ動作	<input type="checkbox"/> できない(0)	<input type="checkbox"/> 下着の上げ下げ、後始末に介助(5)		<input type="checkbox"/> できる(10)	
更衣	<input type="checkbox"/> できない(0)	<input type="checkbox"/> 袖を通す等、一部介助(5)	<input type="checkbox"/> 準備すればできる(5)	<input type="checkbox"/> できる(10)	
入浴	<input type="checkbox"/> できない(0)	<input type="checkbox"/> 浴槽の出入りが不可(0)	<input type="checkbox"/> 体を洗う等一部介助(0)	<input type="checkbox"/> できる(5)	
入浴方法	<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> リフト浴	<input type="checkbox"/> シャワー浴	<input type="checkbox"/> 特浴	
洗面・整容	<input type="checkbox"/> できない(0)	<input type="checkbox"/> 歯磨き等一部介助(0)		<input type="checkbox"/> できる(5)	
口腔	<input type="checkbox"/> 義歯(上)	<input type="checkbox"/> 義歯(下)			
視力	<input type="checkbox"/> 見えない	<input type="checkbox"/> 見えにくいですが室内を一人歩きできる	<input type="checkbox"/> 人の区別がつく	<input type="checkbox"/> 字が見える	
眼鏡	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			
点眼薬	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			
聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえない(0)	<input type="checkbox"/> 声は聞こえる何を言われているかわからない	<input type="checkbox"/> 聞こえにくい、大きな声ならわかる	<input type="checkbox"/> 聞こえる	
補聴器	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			
意思疎通	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 辛うじて意思表示が可	<input type="checkbox"/> 言葉以外の手段で可	<input type="checkbox"/> 日常会話が可	
医療処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン注射	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 抗がん剤治療	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> その他皮膚疾患 <input type="checkbox"/> その他	
検査時注意	<input type="checkbox"/> ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 脳外科ope既往	<input type="checkbox"/> 人工関節	<input type="checkbox"/> その他	
認知機能	<input type="checkbox"/> 名前を言えない <input type="checkbox"/> 居室がわからない	<input type="checkbox"/> 住所などを言えない <input type="checkbox"/> ナースコールが使えない	<input type="checkbox"/> 日課が理解できない <input type="checkbox"/> 指示が理解できない		
周辺症状	<input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 独語・大声 <input type="checkbox"/> 外出して戻れない	<input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 異食	<input type="checkbox"/> 不眠・昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 目的なく動き回る <input type="checkbox"/> 収集癖	
特記事項					