

■埼玉県脳卒中地域連携パス[脳梗塞版]ver2.9

氏名		フリガナ		()	
診断名	脳梗塞(□ラクナ梗塞 □アテローム血栓性脳梗塞 □心原性脳梗塞 □その他)			(発症日:令和 年 月 日)	
	手術(□無 □有 [内容:□血栓回収 □その他])			(手術日:令和 年 月 日)	

※ mRS : modified Rankin Scale

計画管理病院名()							
経過	入院時		リハ開始時		退院時(週)	転 帰	
日 付	令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日	mRS	ⅠⅡⅢⅣⅤ
目標 と 最終結果	診断の確定		症状の増悪がない		内科一般状態の安定		
	治療方針の決定 急性増悪がない		早期リハビリの開始 再発予防		自宅生活可能とする状態まで改善・回復		⇒ □ 自宅退院
					リハビリ・介護サービスによって能力向上、自宅復帰が可能		⇒ □ 回復期 リハビリ病院・リハビリ病棟
					リハビリ・介護サービスを組み合わせても自宅生活が困難		⇒ □ 老人保健施設
					リハビリ・介護サービスを組み合わせても自宅生活が困難		⇒ □ 介護施設
				継続した医療行為が必要		⇒ □ 療養型病院	
治療 ／ 薬剤	常用薬の確認		点滴(□オサゲレル □アルカトロン □エダラボン □t-PA) 内服薬 □アスピリン □シロスタゾール □クロピドグレル □ワルファリン □DOAC() □他()		内服薬 □アスピリン □シロスタゾール □クロピドグレル □ワルファリン □DOAC() □他()		コメント
検査	CT・MRI・MRA	血液検査・CT		必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等			
リハビリ	リハビリ計画	リハビリ開始		日常生活活動拡大に向けたリハビリ			
清潔	清拭	清拭・シャワー		シャワー・入浴介助 入浴訓練			
排泄	床上またはトイレ誘導	床上またはトイレ誘導		床上またはトイレ誘導 排泄訓練			
食事	飲水・食事	状態に合わせた食事形態		状態に合わせた食事形態(摂食・嚥下訓練)		【転院・退院時基準】 ・危機脱出 ・全身状態の安定	
説明・指導	診断・治療方針説明	MSW等と今後の方向性検討		退院・転院後のリハビリ・服薬・栄養に関する説明			

計画管理病院での所見等

かかりつけ医:□無 □有()			
既往			
抗血栓薬投与 □無 □有()			
SSN利用	□無 □有		
施設入所	□無 □有		
介護保険	□無 □有 介護度:		
脳卒中の危険因子 □高血圧 □心房細動 □心疾患 □高脂血症 □糖尿病 □肥満 □高尿酸血症			
発症時 所見	意識レベル JCS	※ 意識清明は0と記載する	
	上肢麻痺	□無 □右 □左 □軽度 □中等度 □重度	
	下肢麻痺	□無 □右 □左 □軽度 □中等度 □重度	
	言語機能障害	□無 □失語症 □構音障害	
	その他		
退院時 所見	意識レベル JCS	※ 意識清明は0と記載する	
	認知症(痴呆)	□無 □有 □不明	
	高次脳機能障害	□無 □有 □不明	
	言語機能障害	□無 □失語症 □構音障害	
	視力、視野、眼球運動の問題	□無 □有()	
	嚥下障害	□無 □有	
	上肢麻痺	□無 □右 □左 □軽度 □中等度 □重度	
	下肢麻痺	□無 □右 □左 □軽度 □中等度 □重度	
感覚障害、異常感覚等の訴え		□無 □有()	
失調、錐体外路症状、立位バランス障害		□無 □有()	

計画管理病院退院・転院時の機能状態

□気管切開	□吸引(頻度 /day)	□褥創(部位)	
ADL		BI /100 あるいは FIM /126	
床上安静の指示		□なし	□あり
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる		□できる	□できない
寝返り		□できる □つかまれば可能	□できない
起き上がり		□できる	□できない
座位保持		□できる □支持があれば可能	□できない
移乗		□できる □監視・一部介助	□できない
移動		□できる	□要介助
口腔清潔		□できる	□できない
食事の摂取		□自立 □一部介助 □全介助()	
衣服の着脱		□できる □一部介助	□できない
他者への意思の伝達		□できる □できる時とできない時がある	□できない
診療・療養上の指示が通じる		□できる	□できない
不隠・不眠・危険行為・問題行動		□無 □有()	
日常生活機能評価(/19点)		点	
食事形態		□常食 □嚥下調整食(具体名)	
排泄動作		□自立 □監視 □要介助	
排泄器具等		□バルーンカテーテル □オムツ □尿器 □差込便器 □ポータブルトイレ □洋式トイレ	
入 浴		□自立() □要介助 □非実施	
家族に対する機能予後説明 □無 □有		説明医師	
家族、介護等の問題		説明日	
		年 月 日	
		患者/家族サイン	

性別	男・女	年齢	歳	住所	電話番号 ()
生年月日 M T S H 年 月 日					

2段階目の保険医療機関等の名称()						
経過	入院・入所時		～退院・退所時()		転 帰	
日 付	令和 年 月 日		令和 年 月 日		mRS	ⅠⅡⅢⅣⅤ
目標 と 最終結果	日常生活活動拡大に向けたリハビリ		日常生活能力の獲得			
	二次的合併症の予防 ケアプランの作成・社会資源の手配		自宅生活を可能とする状態まで改善・回復 ケアプランの作成、住宅改築等の完了		⇒ □ 自宅退院	
			自宅復帰の見込みがある		⇒ □ 老人保健施設	
			リハビリ・介護サービスを組み合わせても自宅生活が困難		⇒ □ 介護施設	
			継続した医療行為が必要		⇒ □ 療養型病院	
治療 ／ 薬剤	内服薬 □アスピリン □シロスタゾール □クロピドグレル □ワルファリン □DOAC() □他()		内服薬 □アスピリン □シロスタゾール □クロピドグレル □ワルファリン □DOAC() □他()		コメント	
検査	必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等					
リハビリ	日常生活活動拡大に向けたリハビリ					
清潔	シャワー・入浴介助、入浴訓練		シャワー・入浴の自立			
排泄	床上またはトイレ誘導、排泄訓練		排泄の自立			
食事	状態に合わせた食事形態(摂食・嚥下訓練)				【退院時基準】 ・在宅復帰 ・入所等の準備終了 ・障害改善の安定	
説明・指導	退院・転院後のリハビリ・服薬・栄養に関する説明					

2段階目の保険医療機関での機能状態

	入院時		退院時	
ADL	BI /100 あるいは FIM /126		BI /100 あるいは FIM /126	
床上安静の指示	□なし	□あり	□なし	□あり
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	□できる	□できない	□できる	□できない
寝返り	□できる □つかまれば可能	□できない	□できる □つかまれば可能	□できない
起き上がり	□できる	□できない	□できる	□できない
座位保持	□できる □支持があれば可能	□できない	□できる □支持があれば可能	□できない
移乗	□できる □監視・一部介助	□できない	□できる □監視・一部介助	□できない
移動	□できる	□要介助	□できる	□要介助
口腔清潔	□できる	□できない	□できる	□できない
食事の摂取	□自立 □一部介助 □全介助()	□自立 □一部介助 □全介助()	□自立 □一部介助 □全介助()	□自立 □一部介助 □全介助()
衣服の着脱	□できる □一部介助	□できない	□できる □一部介助	□できない
他者への意思の伝達	□できる □できる時とできない時がある	□できない	□できる □できる時とできない時がある	□できない
診療・療養上の指示が通じる	□できる	□できない	□できる	□できない
不隠・不眠・問題行動等		□無 □有()	□無 □有()	
日常生活機能評価		点	点	
食事形態		□常食 □嚥下調整食(具体名)	□常食 □嚥下調整食(具体名)	
排泄動作		□自立 □監視 □要介助	□自立 □監視 □要介助	
排泄器具等		□バルーンカテーテル □オムツ □尿器 □差込便器 □ポータブルトイレ □洋式トイレ	□バルーンカテーテル □オムツ □尿器 □差込便器 □ポータブルトイレ □洋式トイレ	
入 浴		□自立() □要介助 □非実施	□自立() □要介助 □非実施	
特記すべき事項			説明医師	
障害高齢者の日常生活自立度：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M			説明日	
			年 月 日	
			患者/家族サイン	

3段階目の保険医療機関等の名称 ()	
外来診療開始 令和 年 月 日	
介護サービス開始 令和 年 月 日	
自宅生活の継続 再発予防 機能維持	
自宅復帰支援、再発予防・機能維持	
施設内生活の継続 再発予防 機能維持	
再発予防・機能維持	
内服薬 □アスピリン □シロスタゾール □クロピドグレル □ワルファリン □DOAC() □他()	
必要に応じて諸検査	
生活期リハビリ	
コメント	

3段階目の保険医療機関での機能状態

初回受診時		
BI /100 あるいは FIM /126		
□なし □あり		
□できる □できない		
□できる □つかまれば可能 □できない		
□できる □できない		
□できる □支持があれば可能 □できない		
□できる □監視・一部介助 □できない		
□できる □要介助		
□できる □できない		
□自立 □一部介助 □全介助()		
□できる □一部介助 □できない		
□できる □できる時とできない時がある □できない		
□できる □できない		
□無 □有()		
日常生活機能評価		点
□常食 □嚥下調整食(具体名)		
□自立 □監視 □要介助		
□バルーンカテーテル □オムツ □尿器 □差込便器 □ポータブルトイレ □洋式トイレ		
□自立() □要介助 □非実施		
特記事項	説明医師	
	説明日	
	年 月 日	
	患者/家族サイン	

■埼玉県脳卒中地域連携バス【脳出血版】ver2.9

		氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ ()	
診断名	<input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 手振(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内訳:)	(発症日: 令和 年 月 日)		
		(発症日: 令和 年 月 日)		

計画管理施設名 ()				
経過	入院時	リハ開始時	退院時(退)	転 帰
日付	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	<div> <div>mRS</div> <div> <div>O I II</div> <div>III IV V</div> </div> </div>
目標と最終結果	治療方針の決定 急性増悪がない	症状の増悪がない	内科一般状態の安定	<div> <div>mRS</div> <div> <div>O I II</div> <div>III IV V</div> </div> </div>
			自宅生活可能とする状態まで改善・回復	⇒ <input type="checkbox"/> 自宅退院
			リハビリ・介護サービスによって能力向上、自宅復帰が可能	⇒ <input type="checkbox"/> 回復期リハビリ病院・リハビリ病棟
			リハビリ・介護サービスを受けられなくても自宅生活が困難	⇒ <input type="checkbox"/> 老人保健施設
			リハビリ・介護サービスを受けられなくても自宅生活が困難	⇒ <input type="checkbox"/> 介護施設
			継続した医療行為が必要	⇒ <input type="checkbox"/> 療養型病院
治療ノ成果	常用薬の確認			コメント
検査	CT・MRI・MRA	血液検査・CT	必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等	
リハビリ	リハビリ計画	リハビリ開始	日常生活活動拡大に向けたリハビリ	
清潔	清拭	清拭・シャワー	シャワー入浴介助	入浴訓練
排泄	床上またはトイレ指導	床上またはトイレ指導	床上またはトイレ指導	排泄訓練
食事	飲水・食事	状態に合わせた食事形態	状態に合わせた食事形態(摂食・嚥下訓練)	【転院・退院時基準】 ・危機救出 ・全身状態の安定
説明・指導	診断・治療方針説明	MSW等と今後の方向性検討	退院・転院後のリハビリ・療養・実業に関する説明	

計画管理施設での所見等 何かにつけ高、 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
既往	
抗血栓薬服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
SSN利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
施設入所	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
介護保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 介護度:
脳卒中中の危険因子	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症
実用時	意識レベル JCS <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S ※意識清明はOを記載する 上肢麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中～重度 <input type="checkbox"/> 重度 下肢麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中～重度 <input type="checkbox"/> 重度 その他
所見	意識レベル JCS <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S ※意識清明はOを記載する 認知症(仮定) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 言語機能障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害 運動・認知・視覚・聴覚・味覚・触覚の問題 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 上肢麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中～重度 <input type="checkbox"/> 重度 下肢麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中～重度 <input type="checkbox"/> 重度 感覚障害・異常感覚等の訴え <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 失禁、嚥下外露症状、立位バランス障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()

計画管理施設退院・転院時の機能状態 <input type="checkbox"/> 高依存 <input type="checkbox"/> 中依存 <input type="checkbox"/> 低依存 <input type="checkbox"/> 自立 (day)	
ADL	BE /100 あるいは FIM /126
床上安静の指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
服薬	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまれば可能 <input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支持があれば可能 <input type="checkbox"/> できない
移動	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 監視・一部介助 <input type="checkbox"/> できない
移動	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 監視・一部介助 <input type="checkbox"/> できない
口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
食事の摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
他者への意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できる時とできない時がある <input type="checkbox"/> できない
診療・療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
不眠・不眠・問題行動等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
日常生活機能評価 (/15点)	点
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食(具体名:)
排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助
排泄器具等	<input type="checkbox"/> オムロン・ケート <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込装置 <input type="checkbox"/> オキ・ケート <input type="checkbox"/> 洋式トイレ
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 () <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施
家族に対する機能予後説明 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	説明医師
説明日	年 月 日
患者/家族サイン	
家族・介護等の問題	

性別	男・女	年齢	歳	住所	電話番号 ()
生年月日	M T S H	年	月	日	

2段階目の保護医療機関等の名称()		3段階目の保護医療機関等の名称()	
経過	入院・入所時	～退院・退所時()	転 帰
日付	令和 年 月 日	令和 年 月 日	<div> <div>mRS</div> <div> <div>O I II</div> <div>III IV V</div> </div> </div>
目標と最終結果	日常生活活動拡大に向けたリハビリ	日常生活能力の獲得	<div> <div>mRS</div> <div> <div>O I II</div> <div>III IV V</div> </div> </div>
	二次的合併症の予防 ケアプランの作成・社会資源の手配	自宅生活を可能とする状態まで改善・回復 ケアプランの作成、住宅改修等の完了	⇒ <input type="checkbox"/> 自宅退院
		自宅復帰の見込みがある	⇒ <input type="checkbox"/> 老人保健施設
		リハビリ・介護サービスを組み合わせても自宅生活が困難	⇒ <input type="checkbox"/> 介護施設
		継続した医療行為が必要	⇒ <input type="checkbox"/> 療養型病院
治療ノ成果			コメント
検査	必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等		
リハビリ	日常生活活動拡大に向けたリハビリ		
清潔	シャワー入浴介助、入浴訓練	シャワー入浴の自立	
排泄	床上またはトイレ指導、排泄訓練	排泄の自立	【退院時基準】 ・在宅復帰 ・人等との連携終了 ・障害改善の安定
説明・指導	退院・転院後のリハビリ・療養・実業に関する説明		

2段階目の保護医療機関での機能状態		3段階目の保護医療機関での機能状態	
ADL	BE /100 あるいは FIM /126	BE /100 あるいは FIM /126	BE /100 あるいは FIM /126
床上安静の指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
服薬	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまれば可能 <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまれば可能 <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまれば可能 <input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支持があれば可能 <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支持があれば可能 <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支持があれば可能 <input type="checkbox"/> できない
移動	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 監視・一部介助 <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 監視・一部介助 <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 監視・一部介助 <input type="checkbox"/> できない
移動	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 監視・一部介助 <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 監視・一部介助 <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 監視・一部介助 <input type="checkbox"/> できない
口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
食事の摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
他者への意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できる時とできない時がある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できる時とできない時がある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できる時とできない時がある <input type="checkbox"/> できない
診療・療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
不眠・不眠・問題行動等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
日常生活機能評価	点	点	点
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食(具体名:)	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食(具体名:)	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食(具体名:)
排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助
排泄器具等	<input type="checkbox"/> オムロン・ケート <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込装置 <input type="checkbox"/> オキ・ケート <input type="checkbox"/> 洋式トイレ	<input type="checkbox"/> オムロン・ケート <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込装置 <input type="checkbox"/> オキ・ケート <input type="checkbox"/> 洋式トイレ	<input type="checkbox"/> オムロン・ケート <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込装置 <input type="checkbox"/> オキ・ケート <input type="checkbox"/> 洋式トイレ
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 () <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施	<input type="checkbox"/> 自立 () <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施	<input type="checkbox"/> 自立 () <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施
特記すべき事項		説明医師	特記事項
説明日	年 月 日	説明日	年 月 日
患者/家族サイン		患者/家族サイン	
障害高齢者の日常生活自立度: 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2			
認知症高齢者の日常生活自立度: 自立 I IIa IIb IIc IIIb IV M			

3段階目の保護医療機関での機能状態	
BE /100 あるいは FIM /126	BE /100 あるいは FIM /126
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまれば可能 <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまれば可能 <input type="checkbox"/> できない
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支持があれば可能 <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支持があれば可能 <input type="checkbox"/> できない
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 監視・一部介助 <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 監視・一部介助 <input type="checkbox"/> できない
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 監視・一部介助 <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 監視・一部介助 <input type="checkbox"/> できない
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できる時とできない時がある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できる時とできない時がある <input type="checkbox"/> できない
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
日常生活機能評価	点
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食(具体名:)
排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助
排泄器具等	<input type="checkbox"/> オムロン・ケート <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込装置 <input type="checkbox"/> オキ・ケート <input type="checkbox"/> 洋式トイレ
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 () <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施
特記事項	説明医師
説明日	年 月 日
患者/家族サイン	