

退院時患者情報提供書の記載について

I. 「退院後の課題」について

1. 身体面、精神面、社会面、環境面について、課題が無い場合は無を✓する。
2. 各課題については、課題となるものだけに✓をつけ、そのことについて何が課題なのかを右欄「内容」に記載する。

例)

1) 医療管理について

「3. 医療情報」の医療管理 血糖コントロールの場合でも、特に問題がなければ、「4. 退院後の課題」の 身体面 医療管理 血糖 はチェックしない。

2) ADL支援について

「入院時患者情報提供書 No.2」の②基本動作③食事④内容⑤排泄⑥清潔・整容⑦更衣に関して支援内容があったとしても、サービスや介助者により、支援がスムーズに行われていれば、「4. 退院後の課題」 身体面 ADL支援 はチェックしない。

II. 「退院時患者情報提供書 No.2」について

1. 退院時の状況を記載後、入院前から変化した項目を✓する。
また、その項目については、改善の可能性について有無のいずれかを✓する。
2. 支援内容については、①～⑧の番号に続き、内容を記載する。
3. 支援内容の欄はフリースペースにしてあるが、読みやすいように項目の近くに記載する。

退院時患者情報提供書 No.1

1. 基本情報

記入日: 2018年 10月 12日

氏名	(フリガナ) まるまる まるまる 〇〇 〇〇	年齢	74 才	性別	男・ 女
住所	鹿児島県薩摩郡さつま町船木2315番地1	生年月日	1945年 9月 4日	氏名: □□ □□	電話番号
電話番号	0996-90-1111	キーパーソン (代理決定者)	続柄: 長女	電話番号	0996-10-0000
退院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (3) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中	障害高齢者の日常生活自立度	B1	認知症高齢者の日常生活自立度	II a
有効期間	2018年 10月 1日 ~ 2019年 9月 30日	社会資源	障害者手帳: <input checked="" type="checkbox"/> 有 (3 種) <input type="checkbox"/> 無 その他: ()	居室介護 支援事業所	

2. 本人・家族の意向

	病気・障害・後遺症	病名の告知
医師の説明	今回は再梗塞を起こして前の脳梗塞より広範囲に起きているので、右手足の動きが悪くなっています。リハビリを重点的に行っていきますが、前のように杖歩行は難しいかもしれません。目標は車椅子自立レベルです。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 病名: ()
受け気とめの方	本人: また脳梗塞が起きてしまった。前に1回脳梗塞をした時は生活にそこまで困らなかったけど、今回は元の生活に戻れるか心配。早く家に帰れる様にして欲しい。 家族: 今回は前よりひどいようだ。車椅子かもしれないと医師は言うだけで、どのような状態になるのかイメージができない。元のようになればいいが・・・。	
退院後の生活意向	本人: できれば杖でもいいので歩けるようになりたい。夫には迷惑をかけたくない。外に出かけることができれば良い。 家族: できるだけ本人のためにも身の回りのことが自分でできるようになって欲しい。一緒に旅行ができればと話していた。もし車椅子でも一緒に出掛けることができれば良い。自分は今仕事もしていないので、できることはやっていきたい。前のように入浴だけはサービスを使って自宅で過ごせたら良い。	

3. 医療情報

感染症	<input type="checkbox"/> 有 ()	アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 () <input checked="" type="checkbox"/> 無																																													
入院原因疾患	アテローム血栓性脳梗塞(再発)	入院期間	2018年 8月 8日 ~ 2018年 12月 12日																																													
治療経過	8月8日自宅にて右手の脱力感があり、かかりつけのクリニックを受診。右足の脱力感も出現し、当院へ紹介受診。頭部MRIの結果アテローム血栓性脳梗塞再発と診断され、加療目的にて同日入院。右弛緩性片麻痺あり。装具着用にて歩行訓練実施。歩行付き添いレベルまで改善するが、日常生活は車椅子レベル。	既往歴	1992年 子宮筋腫 2010年 糖尿病 2018年4月 脳梗塞																																													
機能障害	<input type="checkbox"/> 四肢欠損 <input checked="" type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 認知機能障害 (<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 知的)		<input type="checkbox"/> その他																																													
症状・病状の予後・予測	例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性、合併症、病状の進行状況など) 退院時の時点で糖尿病コントロール良好だが、高脂血症もあり食事療法や内服が確実に行えないと糖尿病が悪化、再梗塞を起こすリスクがあります。運動量も以前より低下しているため活動範囲が狭くなり、筋力が低下していく可能性があります。再発予防目的で栄養管理や内服管理、自宅でできる簡単なリハビリなど活動性を落とさないように本人と夫へ指導しています。当院外来で月1回フォローしていきます。																																															
医療管理	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>内容</th> <th>管理状況</th> <th>内容</th> <th>管理状況</th> <th>内容</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 酸素療法</td> <td><input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他</td> <td><input type="checkbox"/> 腎臓・膀胱腫</td> <td><input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他</td> <td><input type="checkbox"/> 気管切開</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 喀痰吸引</td> <td><input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他</td> <td><input type="checkbox"/> 尿路ストーマ</td> <td><input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他</td> <td><input type="checkbox"/> 人工呼吸器</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 経鼻胃管</td> <td><input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他</td> <td><input type="checkbox"/> 消化管ストーマ</td> <td><input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他</td> <td><input type="checkbox"/> 点滴</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 胃瘻・腸瘻</td> <td><input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 排便コントロール</td> <td><input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他</td> <td><input type="checkbox"/> CV・ポート</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 創傷処置</td> <td><input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他</td> <td><input type="checkbox"/> 疼痛コントロール</td> <td><input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他</td> <td><input type="checkbox"/> 透析</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 褥瘡処置</td> <td><input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 血糖コントロール</td> <td><input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他</td> <td><input type="checkbox"/> ペースメーカー</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 尿道カテーテル</td> <td><input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他</td> <td><input type="checkbox"/> 自己注射</td> <td><input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他</td> <td>()</td> <td><input type="checkbox"/> その他</td> <td>()</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	内容	管理状況	内容	管理状況	内容	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 腎臓・膀胱腫	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 尿路ストーマ	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 経鼻胃管	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 消化管ストーマ	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 点滴	<input type="checkbox"/> 胃瘻・腸瘻	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 排便コントロール	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> CV・ポート	<input type="checkbox"/> 創傷処置	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 疼痛コントロール	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 血糖コントロール	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 尿道カテーテル	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 自己注射	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> その他	()	<input type="checkbox"/> その他	()	<input type="checkbox"/>		
内容	管理状況	内容	管理状況	内容																																												
<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 腎臓・膀胱腫	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 気管切開																																												
<input type="checkbox"/> 喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 尿路ストーマ	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器																																												
<input type="checkbox"/> 経鼻胃管	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 消化管ストーマ	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 点滴																																												
<input type="checkbox"/> 胃瘻・腸瘻	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 排便コントロール	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> CV・ポート																																												
<input type="checkbox"/> 創傷処置	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 疼痛コントロール	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 透析																																												
<input type="checkbox"/> 褥瘡処置	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 血糖コントロール	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> ペースメーカー																																												
<input type="checkbox"/> 尿道カテーテル	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 自己注射	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/>																																												
<input type="checkbox"/> その他	()	<input type="checkbox"/> その他	()	<input type="checkbox"/>																																												

4. 退院後の課題

	課題	内容
身体面	<input checked="" type="checkbox"/> 医療管理 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 体重 <input checked="" type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> ADL支援 <input type="checkbox"/> 血糖 <input type="checkbox"/> 排便 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 清潔 <input type="checkbox"/> リハビリの継続 <input type="checkbox"/> 基本動作 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> 口腔管理 <input type="checkbox"/> 更衣	入院時より体重は3kg減少みられているが、まだ退院時BMI 26.3(標準:22)と高値。現在体重64kg(身長156cm)だが目標体重を60kgとしている。元々甘いものが好きで間食の習慣があったため、退院後も間食の制限や体重コントロールが必要。
精神面	<input type="checkbox"/> コミュニケーション支援 <input checked="" type="checkbox"/> 疾病・障害受容支援 <input type="checkbox"/> 精神症状コントロール <input type="checkbox"/> その他	再梗塞を起こし、前の脳梗塞の時より麻痺が強いため、ショックが強くて、できる部分を活かして前向きに生活できるように話相手となり精神的フォローを行ってきたが、受容が完全にできているわけではないため、精神的フォローが今後も必要である。
社会面	<input checked="" type="checkbox"/> IADL支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input checked="" type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> その他	主婦の役割として、洗濯や掃除などは非麻痺側を使用して自分でできるように訓練した。今回調理が困難となったため、昼食は給食サービスを利用し、朝夕は夫が調理をするようになるため、調理状況や困りがないかを確認していく必要がある。近隣は車椅子での外出が可能だが、買い物などの外出の移動手段は夫の運転する車が主となる。また、ボランティアへの参加意欲はあるが、車椅子では自分で地域への参加が自由にできず、参加の機会が減ることが予測されるため、地域参加できているか確認が必要。
環境面	<input type="checkbox"/> 福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 住宅環境 <input type="checkbox"/> 生活スケジュール <input checked="" type="checkbox"/> 介護力 <input type="checkbox"/> 家族間の関係性 <input type="checkbox"/> その他	夫は献身的で妻の介護に積極的だが、介護の負担が一人にかかり過ぎないように、相談相手として町内に住む長女との関わりを援助していく。

5. 退院後通院先

退院後通院先	<input checked="" type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 当院以外の医療機関 ()	通院の予定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
	<input checked="" type="checkbox"/> 次回受診日 12月 26日 退院処方 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (14 日分) <input type="checkbox"/> 無		

医療機関名	クオラリハビリテーション病院	電話番号	0996-53-1704
記入者(フリガナ)	〇〇 〇子 (△△△ △△△)	FAX番号	0996-53-1704

退院時患者情報提供書 No.2

患者氏名: ○○ ○○

項目	退院時の状況	入院前から変化した項目	改善の可能性	支援内容
①意思疎通	<input checked="" type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
②基本動作	室内移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input checked="" type="checkbox"/> 手を貸してもらうなど一部介助を要す <input type="checkbox"/> 全介助	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	②屋内外共に、主たる移動手段は車椅子であるが、屋内は右下肢装具着用し、杖歩行介助で可能。屋外は平坦な道であれば杖歩行介助で可能。右足の尖足、足関節拘縮予防のため、他動的に足関節の背屈運動を行うように夫へ指導。 ベッド柵や背もたれがあれば座位保持は可能。 週2回の通所リハビリで機能低下を予防。
	移動手段 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他		<input checked="" type="checkbox"/> 無	
	屋外移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input checked="" type="checkbox"/> 手を貸してもらうなど一部介助を要す <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	移動手段 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他		<input checked="" type="checkbox"/> 無	
	起居動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> ベッド柵を握らせてもらうなど一部介助を要する		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	座位保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 支えがあれば可能 <input type="checkbox"/> ベッド柵を握らせてもらうなど一部介助を要する		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
③食事	食事動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> おかずを刻むなどの一部介助を要す <input type="checkbox"/> 全介助	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	③嚥下状態は入院前と不変。利き手は右手であり、左手で摂取しているため時間はかかるが自己摂取可能。初めは変形皿で摂取していたが、普通食器に移行し摂取可能。特殊箸(ばね箸)はまだ練習中であるため、今後も練習を継続すれば、使用可能。
	食事形態 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー		<input type="checkbox"/> 無	
	とろみ <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	食器 <input type="checkbox"/> 箸 <input checked="" type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 特殊箸 <input type="checkbox"/> 変形スプーン <input type="checkbox"/> 変形皿			
④内服	内服薬 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	④1日配薬で日付や時間は間違いなく理解できており、薬包も自己開封できるが、たまに袋の中に1錠残っていることがある。開封時にこぼす可能性もあるため、夫による内服確認が必要。
	管理 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者による管理()			
⑤排泄	服薬状況 <input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input checked="" type="checkbox"/> 時々飲み忘れあり <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い			
	排泄動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 便座に座らせてもらう、ズボンを下げるなど、一部介助を要する	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	⑤排泄動作はL字型手すりにもたれて下衣操作も可能。日中はトイレに行って排泄可能だが、夜間にトイレまで移動しては間に合わないことがあるため、ベッドサイドにポータブルトイレを置いて自己にて排泄予定。
	日中 <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> テープタイプ <input type="checkbox"/> パンツタイプ <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 尿取りパット			
夜間 <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> テープタイプ <input type="checkbox"/> パンツタイプ <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 尿取りパット				
⑥清潔・整容	入浴動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input checked="" type="checkbox"/> 体を洗ってもらうなど一部介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	⑥自宅での入浴は介護者である夫の不安もあり、入院前と同様に通所リハビリ時に入浴サービスを受ける予定。整容は時間はかかるが自己にて可能。
	入浴方法 <input type="checkbox"/> 特殊浴 <input checked="" type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴(個浴) <input type="checkbox"/> 行わず			
	洗面 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 顔を洗ってもらうなど一部介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	整髪 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 櫛を握らせてもらうなど一部介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	髭剃り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 髭剃りを握らせてもらうなど一部介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
⑦口腔管理	口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 歯磨き粉をつけるなど一部介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	義歯 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総義歯		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	義歯管理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
⑧更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 袖を通してもらうなど一部介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	⑦麻痺側も非麻痺側を使って袖通しが可能。ボタンかけも時間はかかるが自己にて可能。
⑨睡眠	睡眠状態 <input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	睡眠時間 (22) 時 ~ (6) 時			
	眠剤使用 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 頓服)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	いびき等 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			