在宅移行期のリハビリテーション情報整理シート　　　[記入日　　年　　月　　日]

**◆患者基本情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 年齢　　　　　　歳 | 性別　　 　□男　　□女 |
| 疾患名  ＊今回の入院に至った  原因となる疾患 |  | | |
| 既往歴 |  | | |

**◆患者本人，家族の希望及びリハの目標**

|  |  |
| --- | --- |
| [入院中のリハビリに対する希望]  □本人  □家族 | [リハの目標] |
| [退院後の希望]  □本人  □家族 | [リハの目標] |

**◆心身機能面　（退院後の生活への影響が懸念される身体機能面の課題）**

|  |  |
| --- | --- |
| 心身機能に関する項目 | 現　状・課　題 |
| □痛み  □関節運動（拘縮・変形等）  □筋力  □感覚障害  □リハビリへの意欲 |  |
| □認知面（高次脳機能）の問題  　□あり　□なし |  |

**◆禁忌事項・特記事項**

|  |
| --- |
|  |

能力評価指標[5段階評価]

□完全自立　［要件］ 何も使用せずにできる／安全に行える／動作に時間がかからない（いずれかに該当すれば☑）

□修正自立　　　　　　装具等の補助具があればできる／動作に時間がかかるが最後までできる（いずれかに該当すれば☑）

□見守り　　　　　　　声がけ，促し，準備の為の援助が必要だが対象者に手を触れなくてもできる

□部分介助　　　　　　部分的に直接介助を要する

□全介助　　　　　　　ほとんど全ての動作に介助を要する／二人がかりの介助を要する（いずれかに該当すれば☑）

**◆基本動作**

|  |  |
| --- | --- |
| 動作項目 | 動作能力 |
| 寝返り | □完全自立　　□修正自立　　□見守り　　□部分介助　　□全介助 |
| ［修正自立／部分介助の状況］ |  |
| 起き上がり | □完全自立　　□修正自立　　□見守り　　□部分介助　　□全介助 |
| ［修正自立／部分介助の状況］ |  |
| 座位保持（座位バランス） | □完全自立　　□修正自立　　□見守り　　□部分介助　　□全介助 |
| ［修正自立／部分介助の状況］ |  |
| 立ち上がり（いす・床から） | □完全自立　　□修正自立　　□見守り　　□部分介助　　□全介助 |
| ［修正自立／部分介助の状況］ |  |
| 立位保持（立位バランス） | □完全自立　　□修正自立　　□見守り　　□部分介助　　□全介助 |
| ［修正自立／部分介助の状況］ |  |
| 移　乗 | □完全自立　　□修正自立　　□見守り　　□部分介助　　□全介助 |
| ［修正自立／部分介助の状況］ |  |

**◆ＡＤＬ**

|  |  |
| --- | --- |
| 主なＡＤＬ項目 | 動作能力 |
| 歩　行（平地） | □完全自立　　□修正自立　　□見守り　　□部分介助　　□不可 |
| ［修正自立／部分介助の状況］ |  |
| 段差昇降（10～20㎝） | □完全自立　　□修正自立　　□見守り　　□部分介助　　□不可 |
| 階段昇降（15㎝程度の連続段差） | □完全自立　　□修正自立　　□見守り　　□部分介助　　□不可 |
| ［修正自立／部分介助の状況］ |  |
| 食　事 | □完全自立　　□修正自立　　□見守り　　□部分介助　　□全介助 |
| [注意事項]  □嚥下機能  □摂食動作・姿勢 |  |
| コミュニケーション  [障害の種類]  □障害なし（良好）  □失語症  □構音障害 | [失語症の状態]  □主観的にのみ，ごくわずかな困難が感じられる程度 |
| □明らかなハンディキャップがあるが，発語は正しく，表現できないことはない |
| □発語の形式，内容に欠落があるが，考えたことをほとんど全て伝達できる |
| □会話に加わるが，やりとりできる情報には限界がある |
| □相手が推測することでわずかにコミュニケーションが成立する又は成立しない |
| [構音障害（発話明瞭度）]  □よくわかる　□時々わからない語がある　□聞き手が話題を知っていれば分かる  □時々分かる単語がある　□全く分からない |
| [援助の工夫，補助具の使用等] |  |
| 排尿コントロール  （尿意の訴え）  □あり　□不明瞭　□なし | （尿漏れ）　□あり　□なし（原因　□腹圧性　□切迫性　□溢流性　□機能性）  （頻　尿）　□日中・夜間問わず　□夜間頻尿　□なし  （排尿困難：神経因性膀胱）　□あり　□なし（尿バッグ管理　□あり　□なし）  （入院中の排泄用品）□パッド　□リハビリパンツ　□オムツ |
| 排便コントロール  （便意の訴え）  □あり　□不明瞭　□なし | （便失禁）　□あり　□なし（原因　□腹圧性　□切迫性　□溢流性　□機能性）  （便秘傾向）□あり　□なし（慢性的な下痢）　□あり　□なし  （緩下剤の使用）□あり　□なし  （入院中の排泄用品）□パッド　□リハビリパンツ　□オムツ |

**◆車いす利用が必要な場合の留意点**＊ひとつでも☑があるする場合は，リクライニング機能のみの車いすは利用しないこと。

|  |
| --- |
| □車いす上で自ら姿勢を変えられない（除圧できない）　　□時間とともに姿勢の崩れが顕著となる  □脊柱変形等により普通型車いすでは適切な座位姿勢がとれない  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**◆生活における自立支援のポイント（入浴やトイレ動作等の動作指導や福祉用具のアドバイス等）**

|  |  |
| --- | --- |
| リハ担当者氏名 | □PT　　　　　　　　　　　　　□OT　　　　　　　　　　　　□ST |
| 病院名 |  |
| 連絡先 | TEL　　　　　　　　　　　　FAX |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ケアマネ氏名 |  | 事業所名 |
| 連絡先 | TEL　　　　　　　　　　　　FAX | |

ファクシミリ送信（添書は不要です）

発信日　　年　　月　　日

＜受　取　書＞

宛先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院

□PT　　□OT　　□ST　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

（　　　　　）市／町在住，イニシャル（　　　・　　　様）の

在宅移行期のリハビリテーション情報整理シートを受け取りました。

受取日　　　　年　　　月　　　日

事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

連絡先

　　1ヶ月後に在宅での日常生活動作等について，在宅生活状況報告シートにて報告します。

どうぞよろしくお願いします。

宛先　　　　　　　　　　　　　　病院　　　リハビリ担当　　　　　　　　　　　　様

在宅生活状況報告シート　　　　　　[記入日　　年　　月　　日]

**◆利用者基本情報**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 年齢　　　　　　歳 | 性別　　□男　　□女 |

**◆サービス利用状況**

|  |
| --- |
| □無  □訪問診療　　□訪問看護　　□訪問リハ　　□訪問介護　　□デイサービス　　□デイケア　□ショートステイ  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □住宅改修（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □福祉用具貸与（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □福祉用具購入（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**◆ＡＤＬ実施状況　（下記の能力評価指標【５段階評価】を参照し，チェックして下さい。）**

|  |  |
| --- | --- |
| 動作項目 | 動作能力 |
| 起居動作 | □完全自立　　□修正自立　　□見守り　　□部分介助　　□全介助 |
| (備考) 居室や寝室，ベッド上等での状況，用具使用の有無，介助・体位変換等の支援の有無等 |  |
| 屋内移動 | □完全自立　　□修正自立　　□見守り　　□部分介助　　□不可 |
| (備考) 廊下や玄関の出入り等，動線上の移動方法，住宅改修・移動介助の状況等 |  |
| 食　事 | □完全自立　　□修正自立　　□見守り　　□部分介助　　□全介助 |
| (備考) 食事摂取の状況，食形態・補助食使用状況，姿勢や動作支援，介助の状況等 |  |
| トイレ動作 | □完全自立　　□修正自立　　□見守り　　□部分介助　　□全介助 |
| (備考) 排泄方法，住宅改修や用具使用の有無，動作介助の状況等 |  |
| 入浴動作 | □完全自立　　□修正自立　　□見守り　□部分介助　　□全介助 |
| (備考) 現在の入浴方法，浴室改修や用具導入の状況，動作介助の状況等 |  |
| コミュニケーション | 理解面　　　　　　□良好　　　□やや不良　　　□不良  表出面　　　　　　□良好　　　□やや不良　　　□不良  発語の明瞭度　　　□良好　　　□やや不良　　　□不良 |
| (備考)周囲との日常会話の状況，会話援助の状況等 |  |

能力評価指標[5段階評価]

□完全自立　［要件］ 　何も使用せずにできる／安全に行える／動作に時間がかからない（いずれかに該当すれば☑）

□修正自立　　　　　　　装具等の補助具があればできる／動作に時間がかかるが最後までできる（いずれかに該当すれば☑）

□見守り　　　　　　　　声がけ，促し，準備の為の援助が必要だが対象者に手を触れなくてもできる

□部分介助　　　　　　　部分的に直接介助を要する

□全介助　　　　　　　　ほとんど全ての動作に介助を要する／二人がかりの介助を要する（いずれかに該当すれば☑）

**◆退院後の近況報告，リハ職に確認したいこと**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ケアマネ氏名 |  | 事業所名 |
| 連絡先 | TEL　　　　　　　　　　　　　　FAX | |