

■ 入院時支援・療養支援計画評価項目(モデル様式)

外来支援日	年 月 日( )	時 分～時 分	入院予定日	年 月 日( )	午前・午後	時	
入院病棟名			病室		担当支援職員名		
看護師、社会福祉士							
<b>患者基本情報について</b>							
患者氏名	(フリガナ)		年齢	才	性別	男 女	
	様		生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	生	
住所			電話番号				
住環境	<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅(○階居住)		エレベーター	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(中が狭いその他)			
	・住まいに関する特記事項( )						
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)		<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請	介護保険自己負担( )割 <input type="checkbox"/> 不明			
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		<input type="checkbox"/> 2入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握				
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		<input type="checkbox"/> 通所(介護・リハ) <input type="checkbox"/> 訪問(介護・看護・リハ) <input type="checkbox"/> 居宅療養(医師・歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士・薬剤師) <input type="checkbox"/> 短期入所(生活・療養) <input type="checkbox"/> その他( )				
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 不明		障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )			
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他( )						
<b>□1 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報について</b>							
麻酔の状況	なし	軽度	中度	重度	<input type="checkbox"/> 3褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(褥瘡対策計画書の危険因子の評価を実施)	
ADL	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	移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	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	起居動作	<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		
	整容	<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		
食事内容	食事回数	・朝: 時頃 ・昼: 時頃 ・夜: 時頃			食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	
	食事形態	<input 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			水分制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養	水分とろみ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	UDF等の食形態区分	
口腔	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない	<input type="checkbox"/> 時々むせる	<input type="checkbox"/> 常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時間 <input type="checkbox"/> 常時
	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時間 <input type="checkbox"/> 常時
睡眠の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良( )		眼剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			睡眠時間
喫煙量							時間/日
コミュニケーション能力	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難		メガネ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難		補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	言語	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難		コミュニケーションに関する特記事項:	
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難			
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他( )						
疾患歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他( )						
入院歴	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(直近 年 月 日～ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明					
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて					
医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 低栄養スクリーニング <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(以下必要に応じて記載)						
<b>□4 栄養状態の評価</b>							
身長(cm)	体重(kg)		BMI(kg/m <sup>2</sup> ) 18.5未満 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/m <sup>2</sup> )				
直近1～6カ月間における3%以上の体重減少 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/ 月)							
直近6カ月間における2～3kg以上の体重減少 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/ 月)							
血清アルブミン値(g/dl) 3.5g/dl未満 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( (g/dl)) 食事摂取量75%以下 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( %)							
特記事項(医師、管理栄養士等への連携の必要性等) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
<b>□5 服薬中の薬剤の確認 *必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付</b>							
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )		お薬手帳		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 別コピー )		
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者: )		・管理方法: ( )				
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない						
□8 入院生活の説明(別紙病院パンフレット内容のポイントのとおりです)							
□3 褥瘡計画 □4 栄養計画 □6 退院支援計画 □7 入院時診療計画は必要に応じて入院後速やかに交付いたします。							