

生活シート(本人・ご家族・関係者が記入してください)

受診日		年 月 日					備考・詳細	年 月 日					備考・詳細	
発症後		退院時						3ヶ月						
身体機能	意識障害	無 有 ()						無 有 ()						
	四肢麻痺	無 有 (部位)						無 有 (部位)						
	ふるえ	無 有 (部位)						無 有 (部位)						
	言語の不自由	無 有						無 有						
	とこずれ	無 有 (部位)						無 有 (部位)						
自立度		自	見	一	全	施								
日常生活等		立	ま	部	介	行								
活 動	基本動作	寝 返 り												
		起 き 上 が り												
		座 位												
		立 ち 上 が り												
		立 位												
	移 動	交通機関利用												
		(種 類)												
		外 出 (隣 近 所)												
		室 内												
		歩 行 距 離 / 1 日	歩・km					歩・km						
装 具 杖 歩 行 器		無 有 ()					無 有 ()							
車 椅 子		不要・要 (手動・電動)					不要・要 (手動・電動)							
(使 用 時 間)	時間/日					時間/日								
期 間 内 転 倒	無 有					無 有								
排 泄	尿						<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> オムツ				<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> オムツ	
	便						<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ					<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ		
そ の 他	食 事						食具(<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン)							
	整 容 (身 だ し な み)													
	更 衣 (着 替 え な ど)													
	入 浴 (自 宅 で の)													
	家 事 労 働	食 事 の 支 度												
		洗 濯												
		掃 除												
コ ミ ュ ニ ケ ー シ ョ ン														
活 動 度	日 中 臥 位	無 有 ()					無 有 ()							
	日 中 座 位													
本 人 の 希 望														
評 価 者		関係					関係							

生活シート(本人・ご家族・関係者が記入してください)

受診日		年 月 日					備考・詳細	年 月 日					備考・詳細
発症後													
身体機能	意識障害	無 有 ()						無 有 ()					
	四肢麻痺	無 有 (<small>部位</small>)						無 有 (<small>部位</small>)					
	ふるえ	無 有 (<small>部位</small>)						無 有 (<small>部位</small>)					
	言語の不自由	無 有						無 有					
	とこずれ	無 有 (<small>部位</small>)						無 有 (<small>部位</small>)					
自立度		自	見	一	全	施	自	見	一	全	施		
日常生活等		立	ま	部	介	行	立	ま	部	介	行		
活 動	基本動作	寝 返 り											
		起 き 上 が り											
		座 位											
		立 ち 上 が り											
		立 位											
	移 動	交通機関利用											
		(種 類)											
		外 出 (隣 近 所)											
		室 内											
		歩 行 距 離 / 1 日	歩 ・ km					歩 ・ km					
装 具 杖 歩 行 器		無 有 ()					無 有 ()						
車 椅 子		不 要 ・ 要 (手 動 ・ 電 動)					不 要 ・ 要 (手 動 ・ 電 動)						
(使 用 時 間)	時 間 / 日					時 間 / 日							
期 間 内 転 倒	無 有					無 有							
排 泄	尿					<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ					<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ		
	便					<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ					<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ		
そ の 他	食 事					食具(<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン)					食具(<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン)		
	整 容 (身 だ し な み)												
	更 衣 (着 替 え な ど)												
	入 浴 (自 宅 で の)												
	家 事 労 働	食 事 の 支 度											
		洗 濯											
		掃 除											
コ ミ ュ ニ ケ ー シ ョ ン													
活 動 度	日 中 臥 位	無 有 ()					無 有 ()						
	日 中 座 位												
本 人 の 希 望													
評 価 者		関係					関係						

生活シート (本人・ご家族・関係者が記入してください)

受 診 日		年 月 日					備考・詳細					年 月 日					備考・詳細				
発 症 後																					
身体機能	意識障害	無 有 ()										無 有 ()									
	四肢麻痺	無 有 (<small>部位</small>)										無 有 (<small>部位</small>)									
	ふるえ	無 有 (<small>部位</small>)										無 有 (<small>部位</small>)									
	言語の不自由	無 有										無 有									
	とこずれ	無 有 (<small>部位</small>)										無 有 (<small>部位</small>)									
自立度		自	見	一	全	施						自	見	一	全	施					
日常生活等		立	ま	部	介	行						立	ま	部	介	行					
活 動	基本動作	寝 返 り																			
		起 き 上 が り																			
		座 位																			
		立 ち 上 が り																			
		立 位																			
	移 動	交通機関利用																			
		(種 類)																			
		外 出 (隣 近 所)																			
		室 内																			
		歩行距離 / 1日						歩・km					歩・km								
装具 杖 歩行器		無 有 ()										無 有 ()									
車 椅 子		不要・要 (手動・電動)										不要・要 (手動・電動)									
(使用時間)						時間 / 日					時間 / 日										
期 間 内 転 倒	無 有										無 有										
排 泄	尿						<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ					<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ									
	便						<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ					<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ									
そ の 他	食 事						食具(<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン)					食具(<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン)									
	整 容 (身 だ し な み)																				
	更 衣 (着 替 え な ど)																				
	入 浴 (自 宅 で の)																				
	家 事 労 働	食 事 の 支 度																			
		洗 濯																			
		掃 除																			
コミュニケーション																					
活 動 度	日 中 臥 位	無 有 ()										無 有 ()									
	日 中 座 位																				
本 人 の 希 望																					
評 価 者		関係										関係									

生活シート(本人・ご家族・関係者が記入してください)

受 診 日		年 月 日					備考・詳細					年 月 日					備考・詳細				
発 症 後																					
身体機能	意識障害	無 有 ()										無 有 ()									
	四肢麻痺	無 有 (<small>部位</small>)										無 有 (<small>部位</small>)									
	ふるえ	無 有 (<small>部位</small>)										無 有 (<small>部位</small>)									
	言語の不自由	無 有										無 有									
	とこずれ	無 有 (<small>部位</small>)										無 有 (<small>部位</small>)									
自立度		自	見	一	全	施						自	見	一	全	施					
日常生活等		立	ま	部	介	行						立	ま	部	介	行					
活 動	基本動作	寝 返 り																			
		起 き 上 が り																			
		座 位																			
		立 ち 上 が り																			
		立 位																			
	移 動	交通機関利用																			
		(種 類)																			
		外 出 (隣近所)																			
		室 内																			
		歩行距離 / 1日						歩・km					歩・km								
装具 杖 歩行器		無 有 ()										無 有 ()									
車 椅 子		不要・要 (手動・電動)										不要・要 (手動・電動)									
(使用時間)						時間 / 日					時間 / 日										
期 間 内 転 倒	無 有										無 有										
排 泄	尿						<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ					<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ									
	便						<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ					<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ									
そ の 他	食 事						食具(<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン)					食具(<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン)									
	整 容 (身だしなみ)																				
	更 衣 (着替えなど)																				
	入 浴 (自宅での)																				
	家 事 労 働	食 事 の 支 度																			
		洗 濯																			
		掃 除																			
コミュニケーション																					
活 動 度	日 中 臥 位	無 有 ()										無 有 ()									
	日 中 座 位																				
本 人 の 希 望																					
評 価 者		関係										関係									