

状況調査票

患者名 _____

現在の状況 (H 年 月 日)				
バイタル	直近2週間位の検温表を添付			
感染症	無・有 (MRSA・緑膿菌・HCV・HBV・その他) 喀痰検査日 年 月			
意識レベル	JCS (0、 - 1・2・3、 - 10・20・30、 - 100・200・300)			
運動障害	麻痺 : 上肢 (右・左)、下肢 (右・左) 運動失調、固縮、その他 肢体不自由 () 級相当の障害			
精神状態	正常 認知障害 (日常生活自立度 、 - a・b、 - a・b、 、 M) (長谷川式 / 30点) 感情障害 (うつ傾向・感情失禁)、せん妄、不穏興奮、暴言暴力、自傷行為、睡眠障害、 幻覚幻聴、妄想、その他 (
コミュニケーション	可能・不可能			
視覚	普通、弱視、全盲、その他 ()			眼鏡 (有・無)
聴覚	普通、やや難聴、難聴、その他 ()			補聴器 (有・無)
褥瘡	無・有 (部位 、 大きさ) 感染の有無 (有・無)			
装着・使用医療機器	酸素療法 (分/分)、吸引 (回/日)、吸入 (回/日)、IV 経管栄養 (経鼻・胃瘻、チューブサイズ _____ ・交換周期 _____) 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式) 気管カニューレ (サイズ _____)、ドレーン (部位 _____) 人工肛門、人工膀胱、その他 ()			
日常生活動作等				
	自立	一部介助	全介助	特記事項
食事				常食・軟菜食・キザミ食・ミキサー食・とろみ食・治療食 ()
入浴				
排泄				ポータブルトイレ・おむつ・フォーレ
歩行				
立位保持				
座位 立位				
仰臥位 座位				
寝返り				
車椅子移乗				
更衣				

記載者名 _____ 職種 ()