

# 検診チェックリスト

記載日 平成 年 月 日

記載者・職種

		追加事項
<b>基本情報</b>		
氏名 性別	男 女	
生年月日(年齢)	年 月 日( 歳)	
調査箇所	医療機関 福祉施設 自宅 避難所 他	
居住地	県 市町村	
生活拠点	在宅 入院 施設 その他	
既往歴(服薬状況)		
最近1年間のリハ歴	入院 外来リハ 通所リハ 訪問リハ	
既存障害(麻痺、機能障害、切断など)		
障害者手帳	なし 級 障害名	
要介護度	なし 要支援 要介護	
同居家族	单身 夫 妻 父 母 祖父 祖母 息子 娘 兄弟 孫 その他	
主介護者	なし 夫 妻 父 母 祖父 祖母 息子 娘 兄弟 孫 その他	
震災後に発症した傷病	なし あり	
傷病名		
<b>機能評価</b>		
全身状態	良好 やや不良 不良	
栄養状態	良好 やや不良 不良	
褥瘡	なし 既往のみ あり 部位	
嚥下障害	なし 軽度 中等度 重度 経管栄養	
呼吸障害	なし 酸素投与 気管切開 呼吸器管理	
意識障害	なし 軽度 中等度 重度	
認知症	なし 軽度 中等度 重度	
高次脳機能障害	なし 失語 失認 記憶障害 その他	
運動障害	なし 痙縮 弛緩 失調 その他	
麻痺部位	右左 片麻痺 対麻痺 四肢麻痺 その他	
片麻痺ステージ	上肢 手指 下肢	
上肢MMT		
体幹MMT		
下肢MMT		
関節可動域制限	なし あり 部位	
感覚障害	なし あり 部位	
切断	部位 断端長 cm	
基本動作	寝返り可 起き上がり可 立ち上がり可	
座位能力	不能 ベッド上可 車いす可	
移乗動作	障害なし 一部介助 全介助	
移動能力	独歩 杖歩行 つたい歩き 介助歩行 4つばい 座位移動 寝返り 不能	
<b>日常生活動作</b>		
食事	実用的 自助具使用 一部介助 全介助	
更衣	実用的 一部介助 全介助	
整容	実用的 一部介助 全介助	
排泄	実用的 一部介助 全介助	
失禁	なし 夜間のみ 時々 頻繁	
入浴	実用的 一部介助 全介助	

補装具 福祉機器使用	
装具使用	名称 所持 紛失
義手・義足使用	名称 所持 紛失
杖・歩行器使用	名称 所持 紛失
車いす	普通型 介助型 電動 所持 紛失
電動モーター付ベッド	使用 紛失
エアマット	使用 紛失
排泄用具	使用 紛失
入浴用具	使用 紛失
その他福祉機器	名称 所持 紛失
その他特記事項	
問題点	#1 #2 #3
リハの必要性	なし 個別対応 集団対応 自主訓練
訓練・指導内容	#1 #2 #3
機能ゴール	機能および達成期間
補装具・福祉機器の必要	
装具	なし 現行で十分 新たに必要 名称
義手・義足	なし 現行で十分 新たに必要 名称
杖・歩行器	なし 現行で十分 新たに必要 名称
車いす	なし 現行で十分 新たに必要 普通型 介助型 電動
車いすクッション	なし 現行で十分 新たに必要 名称
電動モーター付ベッド	なし 新たに必要
エアマット	なし 新たに必要
排泄用具	なし ポータブルトイレ 尿器 おむつ その他
入浴用具	なし 現行で十分 新たに必要 名称
その他福祉機器	なし 現行で十分 新たに必要 名称

コメント・メモ