

検診チェックリスト(簡易版)

記載日 平成 年 月 日

記載者・職種

		追加事項
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 流亡 その他	
既往歴(服薬状況)		
薬アレルギー	なし あり 薬剤名	
最近1年間のリハ歴 施設名と頻度	入院 外来リハ 通所リハ 訪問リハ	
既存障害		
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	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 病名	
全身状態	良好 やや不良 不良	
体格	身長 cm 体重 kg	
栄養状態	良好 やや不良 不良	
褥瘡	なし 既往のみ あり 部位	
認知症	なし 軽度 中等度 重度	
下腿浮腫	なし あり (右 左)	
麻痺部位	右左 片麻痺 対麻痺 四肢麻痺 その他	
上肢MMT		
下肢MMT		
関節可動域制限	なし あり 部位	
基本動作	寝返り可 起き上がり可 立ち上がり可	
移動能力	独歩 杖歩行 介助歩行 4つばい 不能	
(被災前は○ 被災後は下線)	車いす自走 電動自立 車いす介助 移乗介助	
移乗	自立 監視 一部介助 全介助	
食事	実用的 一部介助 全介助	
食形態	経管栄養 トロミあり 常食 その他	
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	
排泄回数	昼間 回 夜間 回	
失禁	なし 夜間のみ 時々 頻繁	
入浴	実用的 一部介助 全介助	
義肢装具使用	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	
福祉機器使用	名称 所持 紛失	
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 #3 #2	
機能ゴール	機能および達成期間	
義肢装具の必要	なし 現行で十分 新たに必要 名称	
杖・歩行器の必要	なし 現行で十分 新たに必要 名称	
車いすの必要	なし 現行で十分 新たに必要 名称	
福祉機器の必要	なし 現行で十分 新たに必要 名称	