

記入例

病名と経過
アルツハイマー型認知症と診断。アリセプト内服中

医師からの病状説明の内容 告知(有)無
本人、家族にアルツハイマー型認知症と説明している。

本人・家族の病気の受け止め方
認知症と診断されたのはショックだったが、症状を安定させて在宅で過ごしたい。

希望する最期の場所(本人・家族)
まだ話し合っていない。

終末期の医療処置の希望
まだ話し合っていない。

酸素療法(無)有) ℓ/m(労作時 ℓ/m)

気管切開(無)有)

経管栄養(無)有) 胃瘻・経鼻

点滴・自己注射(無)有)

透析(無)有)

ストマ(無)有)

カテーテル(無)有) 最終交換日 /

皮膚疾患(無)有)

褥瘡(無)有)

感染症(無)不明)有)
HBV・HCV・その他

その他

身体情報

麻痺	部位()
拘縮	部位()
筋力低下	部位()
痛み	部位()

リハビリ

リハビリ 必要性：無・有 運動制限：(無)有) 目標

ADL

寝返り	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
起き上がり	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
座位	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 背もたれ <input type="checkbox"/> 不可
移乗	<input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器
整髪・洗顔	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入浴(可・不可)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 体温 37度 以上・(以下) 血圧 140/90 以上・(以下)
その他必要な福祉用具	

食事

食事内容	<input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> 経管栄養
	カロリー カロリー 塩分 蛋白 その他 g g
主食	<input checked="" type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ゼリー
副食	<input checked="" type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み
	<input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> ムース
摂取状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> セッティング必要 <input type="checkbox"/> 咀嚼・嚥下 要注意
摂取量	主食 10 割 副食 10 割
摂取時間	20 分
水分摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> ゼリー 一日量 ml 水分制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 一日 ml迄
口腔状態	<input type="checkbox"/> 自歯 義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 使用可 <input type="checkbox"/> 不可
	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 虫歯
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 洗面所
アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()

排泄

排泄行為	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input checked="" type="checkbox"/> オムツ 夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input checked="" type="checkbox"/> オムツ
尿意	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 有(失禁) <input type="checkbox"/> 無(失禁) <input type="checkbox"/> カテーテル
便秘	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有(失禁) <input type="checkbox"/> 無(失禁) <input type="checkbox"/> ストマ
オムツ	<input type="checkbox"/> テープ式 <input checked="" type="checkbox"/> パンツ式 <input type="checkbox"/> パット
排便コントロール	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 最終排便 / 内容 ()

IADL

調理	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 (一部介助)
	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 (一部介助)
掃除	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 (一部介助)
洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 (一部介助)
買い物	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 (長女が行っている)
ゴミ出し	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 (長女が行っている)
火気管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 (長女が行っている)
金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 (長女が行っている)
電話の利用	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 (一部介助)
交通機関利用	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 (一部介助)
通院	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 (長女が行っている)
薬の管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 ()

その他

視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 大きな字 <input type="checkbox"/> 人の顔認識 <input type="checkbox"/> 殆ど見えない
	眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 大きな声 <input checked="" type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 殆ど聞こえない
言語	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ()
意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 簡単なことは可 <input type="checkbox"/> 困難
認知症自立度	自立・I・IIa・(IIb)・IIIa・IIIb・IV・M
BPSD	<input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴言暴力
	<input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転
	<input type="checkbox"/> 徘徊迷 <input type="checkbox"/> 他 ()
社会参加	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
対人交流	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
地域の協力	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (近所に親戚宅あり)

介護力

介護指導の内容と達成状況

- ・ご本人の生活状況を変えないようにすること。
- ・ご本人ができることは、あまり手を出さず、声掛けやお手伝いをするような感じで接するようにと長女に伝えている。

以前(入院前)の状況と比べ変化した部分・療養上の注意