

様 身体状態一覧

寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位 ()						
床ずれ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位 ()						
視力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> ほとんど見えない						
聴力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない						
発語	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 言語障害 (<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度) <input type="checkbox"/> 失語						
言語理解	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> だいたい理解 <input type="checkbox"/> 理解できない						
意思表示	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> だいたい可能 <input type="checkbox"/> 不可能						
歩行	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> つかまれば可能 <input type="checkbox"/> 不可能 (<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 老人車 <input type="checkbox"/> 車イス)						
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻) <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン) <input type="checkbox"/> 義歯 (上下総入歯、上下部分入歯)						
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 (<input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> ズボン上げ下げ介助 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿便器使用 <input type="checkbox"/> 紙パンツ使用 <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> カテーテル)						
	尿意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明			便意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
入浴	浴槽の種類	<input type="checkbox"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽					
	洗髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
医療状況	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ (人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他 ()						
現在治療中の病気	病名		入院・通院 医療機関名		期間		
過去に治療した病気	病名		入院・通院 医療機関名		期間		
趣味				性格			
ご本人の希望				ご家族の希望			
特記事項							