

リハビリ手帳

神奈川県版 3 士会合同作成

理学療法士会・作業療法士会・言語聴覚士会

2023年3月 プロトタイプ

リハビリ基本情報

ふりがな		性別	生年月日
氏名		(男・女)	明・大 昭・平 年 月 日
住所	〒(-)		
電話	(自宅) - -	(携帯)	- -

緊急連絡先	優先度 1	(続柄)	
		-	-
	優先度 2	(続柄)	
		-	-



【家族構成】

【趣味/嗜好】

【あなたの思い・希望】

診断名/合併症/後遺症など

診断名	年 月	診断名	年 月

あなたのヒストリー

※これまでの職歴や経験談、体験談、理念など 自由にご記入ください。

リハビリを受けた（受けている）医療機関 No. _____



番号	医療機関、その他施設名	疾患・傷病名	入院期間または施設利用期間
			年 月 ~ 年
			年 月 ~ 年
			年 月 ~ 年

手術歴（術式や禁忌）



番号	術式や手術方法	実施年月日	備考（禁忌肢位や注意点など）

入院中に行ったリハビリの記録

番号	実施年月日	リハビリの内容など
「 」 「 」番の医療機関	年 月 日) 年 月 日 [PT・OT・ST]	
「 」 「 」番の医療機関	年 月 日) 年 月 日 [PT・OT・ST]	
「 」 「 」番の医療機関	年 月 日) 年 月 日 [PT・OT・ST]	

介護保険を利用されている方へ

介護保険やその他制度・サービスを利用されている方

保険サービス・利用 されている他制度	介護保険	事業対象者 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5				
	身体障害者手帳	1級	2級	3級	4級	5級
	療育手帳制度	重度 (A)		それ以外 (B)		
	精神障害者保健福祉手帳	1級	2級	3級		
	自立支援医療制度の利用	有	無	成年後見制度の利用		有 無
	その他					

あなたの担当ケアマネジャー

担当の居宅介護支援事業所	担当ケアマネジャー	電話	FAX
		-	-
		-	-

入所施設



介護事業所／介護施設名	TEL	FAX	施設利用期間	
			年 月	～ 年 月
			年 月	～ 年 月
			年 月	～ 年 月
			年 月	～ 年 月

通所施設



介護事業所／介護施設名	TEL	FAX	施設利用期間	
			年 月	～ 年 月
			年 月	～ 年 月
			年 月	～ 年 月
			年 月	～ 年 月

訪問事業所



介護事業所／介護施設名	TEL	FAX	施設利用期間	
			年 月	～ 年 月
			年 月	～ 年 月
			年 月	～ 年 月
			年 月	～ 年 月

これまでに作成した義肢装具

装具



装具名	作成時期	作成した医療機関または義肢装具業者	保険
	年 月		健・障
	年 月		健・障
	年 月		健・障
	年 月		健・障
	年 月		健・障
	年 月		健・障

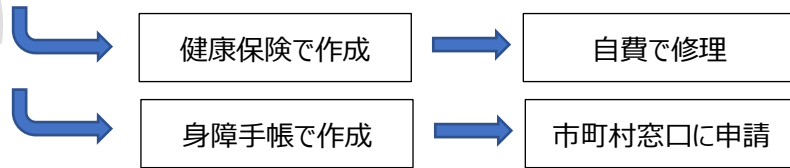
義肢



義肢名	作成時期	作成した医療機関または義肢装具業者	保険
	年 月		健・障
	年 月		健・障
	年 月		健・障

義肢装具を修理、再作成するには？

対象の義肢装具の“耐用年数”を確認しましょう



耐用年数に関わらず、以下の条件で補助を受けて新規作成できる場合があります。

(医師の意見書が必要です)

- 破損がひどくて使用困難な状況になった → (同じ種類の装具)
- 障害や身体状況の変化で義肢装具が合わなくなった → (別の種類の装具)



修理は原則、その義肢装具を作成した業者が対応しますので、作成した医療機関や装具業者に問い合わせてみましょう

家屋構造

図/自由記載欄

住居の種類	<input type="checkbox"/> 戸建家屋 (階建て・平屋) <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階建て 階) エレベーター (有・無)	
トイレ	入口： <input type="checkbox"/> 引き戸 <input type="checkbox"/> 開き戸 便器： <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式	
浴室	浴槽： <input type="checkbox"/> 据え置き <input type="checkbox"/> 埋め込み 浴槽の大きさ： 縦 cm 横 cm 深さ cm	
寝室	広さ： 畳 (畳・フローリング) 寝具： <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> 介護ベッド	
廊下	廊下の幅 cm 段差 (有・無)	
玄関	ポーチの高さ： cm 上がり框高さ： cm	
自宅内手すり	(有・無) → 場所 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 寝室	
その他の 福祉用具	品名	場所
		<input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 寝室
		<input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 寝室
		<input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 寝室
		<input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 寝室
		<input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 寝室
		<input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 寝室

自宅見取り図

自宅周辺の環境

起居・移乗 基本動作



No. ()

実施状況： 年 月 日 所属：

記載者：

寝返り <input 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"/> 未実施 <input type="checkbox"/> []		ベッド上 上下移動 <input 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"/> 未実施 <input type="checkbox"/> []	
内容		内容	
コメント		コメント	
起き上がり <input 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"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 要準備		座 位 <input 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"/> 未実施 <input type="checkbox"/> []	
内容		内容	
コメント		コメント	
立ち上がり <input 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"/> 未実施 <input type="checkbox"/> []		立 位 <input 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"/> 未実施 <input type="checkbox"/> []	
内容		内容	
コメント		コメント	
移 乗 <input 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"/> 未実施 <input type="checkbox"/> []		<input 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"/> 未実施 <input type="checkbox"/> []	
内容		内容	
コメント		コメント	

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。



No.()

食事

実際の状況： 年 月 日 所属：

記載者：

配膳・準備 <input 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"/> 未実施()		食事・摂食 <input 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"/> 未実施()	
内容		内容	
咀嚼・嚥下 <input 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"/> 未実施()		食事方法 <input type="checkbox"/> 自立【箸・スプーン・フォーク】 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
内容		内容	
後片付け <input 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"/> 未実施()		環境 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族と <input type="checkbox"/> 友人と <input type="checkbox"/> その他()	
内容		内容	

食事に関する課題： 年 月 日 所属：

記載者：

<input type="checkbox"/> 意欲	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや低下 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 食欲	<input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> やや多 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや少ない <input type="checkbox"/> なし ()
<input type="checkbox"/> 姿勢	<input type="checkbox"/> 臥位 <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 食事姿勢について ()
<input type="checkbox"/> 筋出力低下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> 持久性	<input type="checkbox"/> 食事時間 () 分 → <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難・疲労 ()
<input type="checkbox"/> 運動麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> 感覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> 食習慣	<input type="checkbox"/> 不規則 () <input type="checkbox"/> 偏食 () <input type="checkbox"/> 少食 <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 1日 () 食 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 食物アレルギー ()

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。

更衣 No. ()

実施状況： 年 月 日 所属： 記載者：

上 衣	下 衣
【介助】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> あり（見守り・一部介助・全介助）	【介助】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> あり（見守り・一部介助・全介助）
【課題】 <input type="checkbox"/> 姿勢保持 <input type="checkbox"/> ボタン留め <input type="checkbox"/> チャック <input type="checkbox"/> かぶり <input type="checkbox"/> 袖通し <input type="checkbox"/> 脱衣 <input type="checkbox"/> その他（ ）	【課題】 <input type="checkbox"/> 姿勢保持 <input type="checkbox"/> ボタン留め <input type="checkbox"/> チャック <input type="checkbox"/> ホック <input type="checkbox"/> 裾通し <input type="checkbox"/> 脱衣 <input type="checkbox"/> その他（ ）
【身体面】 <input type="checkbox"/> 意欲 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 拘縮（部位： ） <input type="checkbox"/> 体力 <input type="checkbox"/> バランス <input type="checkbox"/> 筋力（ ） <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
【アドバイス】	【アドバイス】

環境設定の必要性： 年 月 日 所属： 記載者：

<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →（ ）	
【アドバイス】	【自由記載欄】
【アドバイス】	【自由記載欄】

自由記載欄： 年 月 日 所属： 記載者：

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。

No. ()

入浴

環境： 年 月 日 所属： 記載者：

入浴場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他[] <input type="checkbox"/> 未実施	[自由記載]
頻度	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週2～3回 <input type="checkbox"/> 週1 <input type="checkbox"/> 月[]回	
浴環境	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> マンション[]F <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 市・公営 (→ 改修工事 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> 自室 [] <input type="checkbox"/> その他[]	
設備	<input type="checkbox"/> 据え置き <input type="checkbox"/> 半埋め込み <input type="checkbox"/> 浴槽高[]cm <input type="checkbox"/> 扉[引き戸・開き戸・折れ戸・蛇腹] <input type="checkbox"/> シャワー[なし・あり] <input type="checkbox"/> 浴槽台[あり・なし] <input type="checkbox"/> シャワーチェア[なし・あり] <input type="checkbox"/> 手摺[あり・なし] <input type="checkbox"/> その他 []	[自由記載]

実施状況： 年 月 日 所属： 記載者：

	自立度	備考・その他自由記載
意欲 精神面	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要促し <input type="checkbox"/> 消極的 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 無関心 <input type="checkbox"/> 拒否	
浴室移動	<input 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"/> 未実施	
更衣	<input 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"/> 未実施	
浴入	<input 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"/> 未実施	
浴出	<input 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"/> 未実施	
洗体	<input 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"/> 未実施	
洗髪	<input 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"/> 未実施	
体拭き	<input 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"/> 未実施	

No.()



歩行

歩行レベル： 年 月 日 所属： 記載者：

補助具	<input type="checkbox"/> 未使用 <input type="checkbox"/> 一本杖 <input type="checkbox"/> 二本杖 <input type="checkbox"/> 四点杖 <input type="checkbox"/> ワストランド杖 <input type="checkbox"/> クラッチ <input type="checkbox"/> サイドケイン <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行車 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> その他 []
自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 修正自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 中等度介助 <input type="checkbox"/> 重度介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> その他 [] [内容]
歩行様式	[2・3・4]動作 [前・揃え・後ろ]型
環境	<input type="checkbox"/> 屋外レベル <input type="checkbox"/> 屋内レベル <input type="checkbox"/> 平行棒内レベル
持久性	<input type="checkbox"/> 連続 [] m・km

歩行の課題： 年 月 日 所属： 記載者：

疾患の影響	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 内部疾患 <input type="checkbox"/> 整形疾患 <input type="checkbox"/> 神経内科疾患 <input type="checkbox"/> 循環器疾患 <input type="checkbox"/> 小児疾患 <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> []
症状の影響	<input type="checkbox"/> 運動麻痺 <input type="checkbox"/> 感覚障害 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 体力低下 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 関節拘縮 <input type="checkbox"/> バランス障害 <input type="checkbox"/> 筋緊張異常 <input type="checkbox"/> 不安・恐怖 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> その他 [] [内容]

歩行介助における注意点

記録者：[]	記録者：[]	記録者：[]
↓ []さまへ	↓ []さまへ	↓ []さまへ
月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
[内容]	[内容]	[内容]

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。

階段



No.()

環境： 年 月 日 所属： 記載者：

<input type="checkbox"/> 上り框 () cm	[自由記載欄]
<input type="checkbox"/> 自宅内階段 () cm () 段 手すり (なし・右・左・両)	
<input type="checkbox"/> 外階段 () cm () 段	
<input type="checkbox"/> 庭・アプローチ ()	

段差昇降動作の課題： 所属： 記載者：

階段 段差 () 月 () 日	<input type="checkbox"/> 上り框 <input type="checkbox"/> 自宅内階段 <input type="checkbox"/> 外階段 <input type="checkbox"/> 庭・アプローチ <input type="checkbox"/> その他[]
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 手摺使用 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> []
	[内容]
	[アドバイス]
階段 段差 () 月 () 日	<input type="checkbox"/> 上り框 <input type="checkbox"/> 自宅内階段 <input type="checkbox"/> 外階段 <input type="checkbox"/> 庭・アプローチ <input type="checkbox"/> その他[]
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 手摺使用 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> []
	[内容]
	[アドバイス]
階段 段差 () 月 () 日	<input type="checkbox"/> 上り框 <input type="checkbox"/> 自宅内階段 <input type="checkbox"/> 外階段 <input type="checkbox"/> 庭・アプローチ <input type="checkbox"/> その他[]
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 手摺使用 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> []
	[内容]
	[アドバイス]

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。

排尿 排便 トイレ

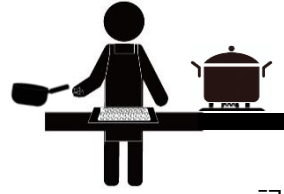


No. ()

実施状況

評価日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
記録者			
移動	<input 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"/> 未実施[]	<input 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"/> 未実施[]	<input 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"/> 未実施[]
	[内容/助言]	[内容/助言]	[内容/助言]
立位での下衣脱着	<input 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"/> 未実施[]	<input 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"/> 未実施[]	<input 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"/> 未実施[]
立ち座り	<input 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"/> 未実施[]	<input 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"/> 未実施[]	<input 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"/> 未実施[]
排尿	<input 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"/> 未実施[]	<input 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"/> 未実施[]	<input 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"/> 未実施[]
排便	<input 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"/> 未実施[]	<input 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"/> 未実施[]	<input 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"/> 未実施[]
清拭	<input 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"/> 未実施[]	<input 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"/> 未実施[]	<input 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"/> 未実施[]
排尿・排泄動作に関する 精神面/ご本人の意向など			

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。



調理

調理の実施状況： 年 月 日 所属： 記載者：

目的	<input type="checkbox"/> 自分1人分 <input type="checkbox"/> 家族分含む <input type="checkbox"/> 趣味 <input type="checkbox"/> 訓練 <input type="checkbox"/> その他[]	
介助者の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → (<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/>)	
調理に対する意識	<input type="checkbox"/> 楽しい <input type="checkbox"/> 興味あり <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 苦痛 <input type="checkbox"/> 意欲なし <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 疲れる → ()	
調理環境	<input type="checkbox"/> 台所の高さ () cm <input type="checkbox"/> 火の使用 (なし・あり) → (ガスコンロ・IHヒーター) <input type="checkbox"/> 休憩用椅子 (なし・あり) <input type="checkbox"/> 電子レンジ (なし・あり) <input type="checkbox"/> 食器類や調理道具の配置 →変更の必要性 (なし・あり)	(図：台所スペースや動線)

調理の方法： 年 月 日 所属： 記載者：

火の使用	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他[] → ()
道具の準備	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要時間 <input type="checkbox"/> 口頭支持 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可 → ()
台所で立つ	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 椅子使用 <input type="checkbox"/> 立位保持()分ほど → ()
鍋など持って移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可 → ()
冷蔵庫などから食材を取り出す	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可 → ()
米研ぎや食材を洗う	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可 → ()
包丁やハサミ、皮むき器の動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可 → ()
炒める、煮るなどの動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可 → ()
盛り付ける動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可 → ()

調理に関するその他の課題： 年 月 日 記載者：

献立、食材選び	<input type="checkbox"/> 適正量選択 (できる・できない) → ()
賞味(消費)期限	<input type="checkbox"/> 適切 <input type="checkbox"/> 困難 → ()
調理道具使用	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難 → ()
栄養/味付け	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 困難 → ()
正しい調理工程	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 困難 → ()

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。

No.()

買い物



実施者： 年 月 日 所属： 記載者：

ご本人・ご家族()・ご親戚・ご友人・訪問ヘルパー・宅配利用・代行

【自由記載欄】

移動手段とその環境：

徒歩・自転車・自動車・タクシー・バス・電車・移動機器()

移動距離：片道約()m・km 移動時間：約()時間・()分

 移動環境：問題なし
問題あり →

【備考／自由記載欄】

 買い物先：

買物に関する 意欲／精神面 の課題：

<input type="checkbox"/> 意欲	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 依存 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 筋力	<input type="checkbox"/> 低下 部位() <input type="checkbox"/> 麻痺 部位() <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 体力	<input type="checkbox"/> 不十分() <input type="checkbox"/> 疾患による影響()
<input type="checkbox"/> バランス	<input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 疾患の影響()
<input type="checkbox"/> 感覚	<input type="checkbox"/> 脱失 (部位：) <input type="checkbox"/> 重鈍麻 (部位：) <input type="checkbox"/> 中鈍麻 (部位：) <input type="checkbox"/> 軽鈍麻 (部位：) <input type="checkbox"/> 異常感覚 (部位：) <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 関節	<input type="checkbox"/> 拘縮 (部位：) (部位：) <input type="checkbox"/> 変形 (部位：) (部位：) <input type="checkbox"/> その他の症状()
<input type="checkbox"/> 痛み	<input type="checkbox"/> 部位() → <input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 部位() → <input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 部位() → <input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> その他	【自由記載欄】

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。



洗濯

月	日	記録者	月	日	記録者	月	日	記録者
項目	自立度		項目	自立度		項目	自立度	
洗濯物の運搬	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助	洗濯物の運搬	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助	洗濯物の運搬	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助
	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可
	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施		<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施		<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施
	<input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> その他()	
【自由記載】			【自由記載】			【自由記載】		
洗濯機操作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助	洗濯機操作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助	洗濯機操作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助
	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可
	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施		<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施		<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施
	<input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> その他()	
【自由記載】			【自由記載】			【自由記載】		
洗濯物干し	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助	洗濯物干し	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助	洗濯物干し	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助
	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可
	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施		<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施		<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施
	<input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> その他()	
【自由記載】			【自由記載】			【自由記載】		
洗濯物取り込み	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助	洗濯物取り込み	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助	洗濯物取り込み	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助
	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可
	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施		<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施		<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施
	<input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> その他()	
【自由記載】			【自由記載】			【自由記載】		
洗濯物畳み	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助	洗濯物畳み	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助	洗濯物畳み	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助
	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 不可
	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施		<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施		<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 未実施
	<input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> その他()	
【自由記載】			【自由記載】			【自由記載】		

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。

No. ()



片付け（整理整頓）： 年 月 日 所属： 記載者：

<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 未実施	【実施者】 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他 ()
【実施場所】	【自由記載欄】

ゴミ出し： 年 月 日 所属： 記載者：

<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 未実施	【実施者】 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他 ()
【ゴミ出し場所】	【自由記載欄】

掃除（拭き掃除）： 年 月 日 所属： 記載者：

<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 未実施	【実施者】 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他 ()
【実施場所】	【自由記載欄】

掃除（掃除機）： 年 月 日 所属： 記載者：

<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 未実施	【実施者】 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他 ()
【実施場所】	【自由記載欄】

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。



No. ()

交通機関の利用

電車： 年 月 日 所属： 記載者：

利用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →【週 () 回利用 状況 ()】	
乗車・降車介助： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → ()	
【課題】 <input type="checkbox"/> 意欲 <input type="checkbox"/> 筋力 <input type="checkbox"/> 体力 <input type="checkbox"/> 拘縮 <input type="checkbox"/> バランス <input type="checkbox"/> 感覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> ほか()	

バス： 年 月 日 所属： 記載者：

利用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →【週 () 回利用 状況 ()】	
乗車・降車介助： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → ()	
【課題】 <input type="checkbox"/> 意欲 <input type="checkbox"/> 筋力 <input type="checkbox"/> 体力 <input type="checkbox"/> 拘縮 <input type="checkbox"/> バランス <input type="checkbox"/> 感覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> ほか()	

タクシー： 年 月 日 所属： 記載者：

利用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →【週 () 回利用 状況 ()】	
乗車・降車介助： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → ()	
【課題】 <input type="checkbox"/> 意欲 <input type="checkbox"/> 筋力 <input type="checkbox"/> 体力 <input type="checkbox"/> 拘縮 <input type="checkbox"/> バランス <input type="checkbox"/> 感覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> ほか()	

移動先の課題となる情報： 年 月 日 記載者：

移動場所：() / () / ()	
移動方法： <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> その他()	

交通機関の利用に対する 意欲／精神面の課題 年 月 日 記載者：

移動場所：()	<input type="checkbox"/> 意欲なし <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 恐怖心 <input type="checkbox"/> 依存 <input type="checkbox"/> 金銭感覚 <input type="checkbox"/> その他 ()
移動方法： <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> その他()	[コメント]

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。

嚥下や咀嚼に関する情報

No. ()

嚥下・咀嚼障害 : 年 月 日 所属 : 記載者 :

嚥下障害 : なし ・ あり→【 むせ ・ 咳込み ・ 嘔声 ・ 遅延 ・ その他 () 】

アドバイス :


咀嚼障害 : なし ・ あり→【 運動障害 ・ 口渇 ・ 口唇閉鎖障害 ・ 舌機能低下 ・ 感覚障害 】

アドバイス :

義歯等装具の状態 : 年 月 日 所属 : 記載者 :

使用状況 : なし ・ あり→【 総義歯 ・ 義歯 (部位 :) ・ ブリッジ ・ インプラント 】

口腔ケアの方法や注意点 : 年 月 日 所属 : 記載者 :

	
--	--

食形態 : 年 月 日 所属 : 記載者 :

主食 : 米飯 ・ 軟飯 ・ 全粥 ・ ゼリー ・ ミキサー

アドバイス :

主菜 : 普通 ・ きざみ (1 cm以上 ・ 5 mm以上 ・ 5 mm以下) ・ ペースト ・ ムース ・ ゼリー

アドバイス :

とろみ : 必要なし ・ 必要あり (薄い / 中間 / 濃い)

コメント :

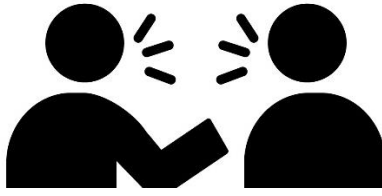
食事や水分摂取の注意点 : 年 月 日 所属 : 記載者 :

状況 :

アドバイス :

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。

コミュニケーション



No. ()

聞く： 年 月 日 所属： 記載者：

自立度	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> その他 ()
課題となる背景	<input type="checkbox"/> 難聴 (右・左・両耳) → (軽度・中等度・重度) → 補聴器 (なし・あり)
	<input type="checkbox"/> 認知面 <input type="checkbox"/> 学習面 <input type="checkbox"/> 環境面 <input type="checkbox"/> 高次脳機能 <input type="checkbox"/> その他 []

理解： 年 月 日 所属： 記載者：

自立度	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 理解に介助を要す <input type="checkbox"/> 単語、ジェスチャー、Yes-No で理解できる <input type="checkbox"/> 短い句で話すと理解できる <input type="checkbox"/> 基本理解は可も少しの促しが必要 <input type="checkbox"/> " 複雑なことは理解困難 <input type="checkbox"/> 複雑なことは時間がかかる <input type="checkbox"/> 基本的欲求も複雑な内容も理解できる
課題となる背景	<input type="checkbox"/> 認知面 <input type="checkbox"/> 学習面 <input type="checkbox"/> 環境面 <input type="checkbox"/> 高次脳機能 <input type="checkbox"/> その他 []

複雑な課題とは集団会話、テレビや新聞などの話題、金銭や宗教などの話題

簡単な課題とは食事、排泄、睡眠、痛み、体調などの話題

伝える： 年 月 日 所属： 記載者：

自立度	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> その他 ()
発声量と質	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり (かすれ声・ガラガラ声・鼻声・カサカサ声) <input type="checkbox"/> 失調性 <input type="checkbox"/> 努力性 <input type="checkbox"/> 無力性 <input type="checkbox"/> その他 ()
発話明瞭度	<input type="checkbox"/> よくわかる <input type="checkbox"/> 時々わからない語がある <input type="checkbox"/> 聞き手が話題を知っていればわかる <input type="checkbox"/> ときどき分かる語がある <input type="checkbox"/> 全く理解不能
課題となる背景	<input type="checkbox"/> 認知面 <input type="checkbox"/> 学習面 <input type="checkbox"/> 環境面 <input type="checkbox"/> 高次脳機能 <input type="checkbox"/> その他 []

意欲・感情： 年 月 日 所属： 記載者：

	<input type="checkbox"/> 意欲的 <input type="checkbox"/> 興味あり <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 疲労感 <input type="checkbox"/> 脱抑制 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 不快 <input type="checkbox"/> ストレス <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> その他 []
--	--

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。



No. ()

処方された薬剤：

年 月 日 所属：

記載者：

	薬名	服用状況	備考
①		<input type="checkbox"/> 服用中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 要検討	
②		<input type="checkbox"/> 服用中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 要検討	
③		<input type="checkbox"/> 服用中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 要検討	
④		<input type="checkbox"/> 服用中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 要検討	
⑤		<input type="checkbox"/> 服用中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 要検討	
⑥		<input type="checkbox"/> 服用中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 要検討	
⑦		<input type="checkbox"/> 服用中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 要検討	
⑧		<input type="checkbox"/> 服用中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 要検討	
⑨		<input type="checkbox"/> 服用中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 要検討	
⑩		<input type="checkbox"/> 服用中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 要検討	
⑪		<input type="checkbox"/> 服用中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 要検討	
⑫		<input type="checkbox"/> 服用中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 要検討	

服薬に関する課題：

月 日	<input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 管理困難 <input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> 薬効 <input type="checkbox"/> 副作用	
月 日	<input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 管理困難 <input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> 薬効 <input type="checkbox"/> 副作用	
月 日	<input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 管理困難 <input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> 薬効 <input type="checkbox"/> 副作用	
月 日	<input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 管理困難 <input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> 薬効 <input type="checkbox"/> 副作用	
月 日	<input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 管理困難 <input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> 薬効 <input type="checkbox"/> 副作用	
月 日	<input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 管理困難 <input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> 薬効 <input type="checkbox"/> 副作用	

フリーコメント：

年 月 日 所属：

記載者：

--

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。

その他



No.()

フリーコメント:

年 月 日 所属:

記載者:

2023リハビリティ職 入門タス

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。

神奈川 POST 2023年8月モニタリング資料

あなたの"歩行習慣"の記録 No.()

月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
歩行前バイタル値	歩行前バイタル値	歩行前バイタル値	歩行前バイタル値	歩行前バイタル値
血圧： /	血圧： /	血圧： /	血圧： /	血圧： /
脈拍： 拍/分	脈拍： 拍/分	脈拍： 拍/分	脈拍： 拍/分	脈拍： 拍/分
体温： ℃	体温： ℃	体温： ℃	体温： ℃	体温： ℃
呼吸数： 回/分	呼吸数： 回/分	呼吸数： 回/分	呼吸数： 回/分	呼吸数： 回/分
SpO ₂ ： %	SpO ₂ ： %	SpO ₂ ： %	SpO ₂ ： %	SpO ₂ ： %
歩行能力	歩行能力	歩行能力	歩行能力	歩行能力
() m・km ()時間()分 ()秒 ()歩 疲労度：【 】 痛み：【 】	() m・km ()時間()分 ()秒 ()歩 疲労度：【 】 痛み：【 】	() m・km ()時間()分 ()秒 ()歩 疲労度：【 】 痛み：【 】	() m・km ()時間()分 ()秒 ()歩 疲労度：【 】 痛み：【 】	() m・km ()時間()分 ()秒 ()歩 疲労度：【 】 痛み：【 】
1日の歩数・距離	1日の歩数・距離	1日の歩数・距離	1日の歩数・距離	1日の歩数・距離
() m・km ()時間()分 ()歩 疲労度：【 】 痛み：【 】	() m・km ()時間()分 ()歩 疲労度：【 】 痛み：【 】	() m・km ()時間()分 ()歩 疲労度：【 】 痛み：【 】	() m・km ()時間()分 ()歩 疲労度：【 】 痛み：【 】	() m・km ()時間()分 ()歩 疲労度：【 】 痛み：【 】
歩行後バイタル値	歩行後バイタル値	歩行後バイタル値	歩行後バイタル値	歩行後バイタル値
血圧： /	血圧： /	血圧： /	血圧： /	血圧： /
脈拍： 拍/分	脈拍： 拍/分	脈拍： 拍/分	脈拍： 拍/分	脈拍： 拍/分
体温： ℃	体温： ℃	体温： ℃	体温： ℃	体温： ℃
呼吸数： 回/分	呼吸数： 回/分	呼吸数： 回/分	呼吸数： 回/分	呼吸数： 回/分
SpO ₂ ： %	SpO ₂ ： %	SpO ₂ ： %	SpO ₂ ： %	SpO ₂ ： %
コメント	コメント	コメント	コメント	コメント
アドバイス	アドバイス	アドバイス	アドバイス	アドバイス

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。

あなたの"社会参加への"記録

あなたの1日をどのように過ごしていますか？（普段の活動内容を記載してみてください）

0時	3時	6時	9時	12時	15時	18時	21時	0時

社会参加（→①へ）

- 旅行 ショッピング 外食 散歩
- ドライブ 趣味 スポーツ サロン
- 仕事 園芸・畑仕事 パソコン DIY
- 自治会参加 ボランティア 学習・教育
- その他[]

運動・活動（→②へ）

- 起居 移乗 姿勢保持 立ち上がり
- 歩行 食事 整容 トイレ
- 更衣 階段 入浴 排尿・排便
- 調理 掃除 洗濯 片付け
- 買い物 その他[]

食・栄養（→③へ）

- 食欲 主食 副食 薬
- サプリ おやつ その他[]
- 栄養不足 体重減 食形態
- 栄養過多 体重増 口腔機能
- 口腔ケア 嚥下機能 舌機能

あなたの希望や目標を教えてください！

1 番目	
2 番目	
3 番目	

①社会参加（具体的な目標）

半年後	
1年後	

②運動・活動（具体的な目標）

半年後	
1年後	

③食・栄養（具体的な目標）

半年後	
1年後	