

宛先 〇〇〇〇 病院 リハビリ担当 〇〇〇〇〇 様

在宅生活状況報告シート（記入例） [記入日 〇〇年〇月〇〇日]

◆利用者基本情報

氏名 仙南 太朗 氏	年齢 68 歳	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
------------	---------	---

◆サービス利用状況

<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input checked="" type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他（ <input checked="" type="checkbox"/> 住宅改修（内容：トイレ内に手すり設置） <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与（内容：車いす，特殊寝台，特殊寝台付属品） <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具購入（入浴補助用具）
--

◆ADL実施状況（下記の能力評価指標【5段階評価】を参照し，チェックして下さい。）

動作項目	動作能力												
起居動作 (備考) 居室や寝室，ベッド上等での状況，用具使用の有無，介助・体位変換等の支援の有無等	<input type="checkbox"/> 完全自立 <input type="checkbox"/> 修正自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 起き上がりはベッド背上げ機能により可能。車いすの移乗は，見守りで可能。												
屋内移動 (備考) 廊下や玄関の出入り等，動線上の移動方法，住宅改修・移動介助の状況等	<input type="checkbox"/> 完全自立 <input type="checkbox"/> 修正自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不可 日中はリビングのソファかベッド上で過ごすことが多い。車いすの屋内移動は可能。ソファからの立ち上がりは介助バーを使用し，軽介助で可能。												
食 事 (備考) 食事摂取の状況，食形態・補助食使用状況，姿勢や動作支援，介助の状況等	<input checked="" type="checkbox"/> 完全自立 <input type="checkbox"/> 修正自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 車いす使用し，台所のテーブル上で摂取。スプーンを使用。												
トイレ動作 (備考) 排泄方法，住宅改修や用具使用の有無，動作介助の状況等	<input type="checkbox"/> 完全自立 <input type="checkbox"/> 修正自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 車いすですぐにトイレへ移動する。トイレの内動作は，手すりを使用して自立しているが，妻が心配のあまり見守りをしている状態。												
入浴動作 (備考) 現在の入浴方法，浴室改修や用具導入の状況，動作介助の状況等	<input type="checkbox"/> 完全自立 <input type="checkbox"/> 修正自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入浴補助用具（シャワーチェア，バスボード，バスマグリップ）を導入し自宅で入浴していますが，浴槽のまたぎ動作が不安定で，軽介助が必要。												
コミュニケーション (備考) 周囲との日常会話の状況，会話援助の状況等	<table border="0"> <tr> <td>理解面</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>良好</td> <td><input type="checkbox"/>やや不良</td> <td><input type="checkbox"/>不良</td> </tr> <tr> <td>表出面</td> <td><input type="checkbox"/>良好</td> <td><input type="checkbox"/>やや不良</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>不良</td> </tr> <tr> <td>発語の明瞭度</td> <td><input type="checkbox"/>良好</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>やや不良</td> <td><input type="checkbox"/>不良</td> </tr> </table> 妻とは単文レベルでのコミュニケーションをしているが，妻は本人の思いを十分理解できずいる。夫婦双方に苛立ちが目立っている状態。	理解面	<input checked="" type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> 不良	表出面	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや不良	<input checked="" type="checkbox"/> 不良	発語の明瞭度	<input type="checkbox"/> 良好	<input checked="" type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> 不良
理解面	<input checked="" type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> 不良										
表出面	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや不良	<input checked="" type="checkbox"/> 不良										
発語の明瞭度	<input type="checkbox"/> 良好	<input checked="" type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> 不良										

能力評価指標【5段階評価】

<input type="checkbox"/> 完全自立 [要件]	何も使用せずにできる／安全に行える／動作に時間がかからない（いずれかに該当すれば <input checked="" type="checkbox"/> ）
<input type="checkbox"/> 修正自立	装具等の補助具があればできる／動作に時間がかかるが最後までできる（いずれかに該当すれば <input checked="" type="checkbox"/> ）
<input type="checkbox"/> 見守り	声がけ，促し，準備の為の援助が必要だが対象者に手を触れなくてもできる
<input type="checkbox"/> 部分介助	部分的に直接介助を要する
<input type="checkbox"/> 全介助	ほとんど全ての動作に介助を要する／二人がかりの介助を要する（いずれかに該当すれば <input checked="" type="checkbox"/> ）

◆退院後の近況報告，リハ職に確認したいこと

<ul style="list-style-type: none"> 現在の外出の機会はデイサービスのみです。妻より外を散歩させたいと要望があり，玄関周辺の住宅改修を検討中です。また浴室の手すり設置も考えております。身体機能に応じた住宅改修の助言をお願いします。 下肢のストレッチと言語機能に対する自主トレや代替手段についての情報が欲しいです。
--

ケアマネ氏名	〇〇〇〇〇	事業所名	〇〇〇〇〇
連絡先	TEL 〇〇—〇〇〇〇	FAX	〇〇—〇〇〇〇