

| | |
|------------------------------|---|
| ⑥これまでの経過・変化に気付いた時期 | |
| | |
| ⑦現在治療中の病気 | (服用している薬) |
| 医療機関名 () 担当医師名 () 病名 | |
| 医療機関名 () 担当医師名 () 病名 | |
| ⑧日常生活の状況 | |
| ア. 状態 | <input type="checkbox"/> 起きている <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり <input type="checkbox"/> 寝たきり () |
| イ. 食事 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 () |
| ウ. 排泄 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 () |
| エ. 入浴 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 () |
| オ. 睡眠 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不眠気味 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転している <input type="checkbox"/> 過眠ぎみ、寝ていることが多い () |
| カ. 薬の管理 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 () |
| キ. 金銭管理 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 () |
| ク. 買物 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 () |
| ケ. 炊飯 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 () |
| コ. 掃除 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 () |
| サ. 洗濯 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 () |
| シ. 趣味 | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (内容 :) |
| ス. その他 | [] |
| ⑨備考 | |
| | (家族構成) |
| | |