

情報プランシート I (入院時)

(記載：平成 年 月 日)

ID:	担当医師:	担当看護師:	担当PSW:
患者氏名:	様	M・F	T・S・H 年 月 日 () 歳
患者住所:	〒	電話	職業
保護者氏名1:	続柄 ()	連絡先 〒	電話
保護者氏名2:	続柄 ()	連絡先 〒	電話
連絡先:	電話	連絡先:	電話
保険:	年金	手帳	介護保険
病名:	□ (F .)	鑑別	
□H 年 月 日病名告知済 (□患者/□家族)			
入院年月日: 平成 年 月 日 (1・2・3・4・5病棟)	<input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 医保 (告知済・延期) <input type="checkbox"/> 措置 入院形態: <input type="checkbox"/> 開放病棟 <input type="checkbox"/> 閉鎖病棟 ※ <input type="checkbox"/> 任意入院閉鎖管理同意書		

- 合併精神疾患
 - 物質依存
 - 知的機能障害
 - 処遇困難ケース (理由)
- 人格障害
 - せん妄
 - 認知症
 - 広汎性発達障害
- 合併症
 - DM HT 高脂血症 心疾患 肝疾患 肺疾患 腎疾患 胃腸疾患
 - 脳血管疾患 整形疾患 耳鼻科疾患 眼科疾患 その他
 - (コメント:)
 - 皮膚疾患 (□処置無/□処置有: 部位 薬剤名・処置内容)
 - 歯科疾患 (□院内歯科受診/□院外歯科受診)

□入院期間

急性期	週	・安定期	週	・退院期	週	計	ヶ月の入院
入院目標	平成 年 月までに			<input type="checkbox"/> 退院	<input type="checkbox"/> 療養へ移行		

(達成目標期間)

□入院目的

<input type="checkbox"/> 自傷・他害	→	()
<input type="checkbox"/> 社会的混乱 (周囲が対応に困る)	→	()
<input type="checkbox"/> 身体的危機	→	()
<input type="checkbox"/> ADL低下	→	()
<input type="checkbox"/> 病識不十分	→	()
<input type="checkbox"/> 検査・診断・薬調整	→	()
<input type="checkbox"/> 身体合併症治療	→	()
<input type="checkbox"/> 休養目的	→	()
<input type="checkbox"/> 住宅・受入れ・経済問題	→	()
<input type="checkbox"/> その他 ()	→	()

- 治療ゴール**
- 病状安定・入院動機の問題改善
 - 服薬のコンプライアンス
 - 自己の安全を守れる
 - 行動のコントロール
 - 外来治療の受入れ
 - 生活の安定

□悪化要因

- 服薬コンプライアンスに関する問題
- ライフイベント（ ）
- 対人問題（夫婦・親子・兄弟・交友）
- 職場問題
- 住宅などの環境問題
- 経済問題

- 身体合併症（ ）
- 事故（ ）
- 生理
- 出産
- 更年期
- 誘因・契機なし

□症状

	最重	重	中	軽
□ふらつき・転倒	□4	□3	□2	□1
□逸脱行為	□4	□3	□2	□1
□離脱	□4	□3	□2	□1
□せん妄	□4	□3	□2	□1
□認知症	□4	□3	□2	□1
□自傷・他害・離院	□4	□3	□2	□1
□怒り・敵意・興奮	□4	□3	□2	□1
□多弁・多訴・執拗	□4	□3	□2	□1
□幻覚・妄想	□4	□3	□2	□1
□緊張・昏迷	□4	□3	□2	□1
□抑うつ □不安 □焦燥	□4	□3	□2	□1
□躁	□4	□3	□2	□1
□無為・自閉	□4	□3	□2	□1
□発作	□4	□3	□2	□1
□その他（ ）	□4	□3	□2	□1

□副作用

- 悪性症候群 EPS アカシジア 便秘 胃不快・嘔気
口渇・多飲水 高血糖 肥満 眩暈・ふらつき 眠気
性功能 低血圧 排尿障害 その他（ ）

情報プランシートⅡ（入院時）

（記載：平成 年 月 日）

□食事指示

食事：□自力 □全介助 □半介助 □胃瘻 □絶食 □絶飲水
 一般食 □常菜食 □軟菜食 □嚥下食 □嚥下訓練食 □濃厚流動食
 特別食 □エネルギーコントロール食（E12 E14 E16 E18 E20 痛風食）
 □タンパク質コントロール食（P40 P50 P60）
 □脂肪コントロール食（F45 F35 F25 胃潰瘍食）
 □ナトリウムコントロール食（N7 ）
 □貧血食（Hb10g/dℓ以下：付加食ポチプラスを加えることで対応）
 主食形態 □米飯 □全粥 □七分粥 □五分粥 □三分粥 □ミキサー粥 □重湯
 副食形態 □一□大 □きざみ
 付加食 □ポチプラス □メディエフ □テルミール
 アレルギー（ ）

□薬物療法導入

□内服 (主剤) □RIS □OLZ □QTP □PRS
 □APZ □BNS □ソテピン
 □ブチロフェノン系 □フェノチアジン系 □ベンザミド系
 □三環系 □四環系 □SSRI □SNRI □NaSSA
 □Li □CBZ □VPA

□主剤単剤 □抗精神病薬 種 抗うつ薬 種

□抗パ剤併用 □BZ系使用 □注射使用（ ）

□デボ剤

□フルデカシン V/ 週毎
 □ネオペリドール mg/ 週毎
 □リスパダール mg/ 週毎

□服薬方法

□自己管理 □看護管理 □服薬確認

□持参薬あり
 （他科薬記録表
 参照）

□服薬継続
 □一部継続（ ）
 □服薬中止

□禁忌薬剤：

□アレルギー：

◇薬歴

□他科薬服薬中 □OTC □健康食品服用歴
 □副作用歴（ ）
 □禁忌薬（ ）
 □アレルギー歴（ ）
 入院前服薬状況：□良好 □不良 □断薬

□リハビリ

□レクリエーション（ 週目導入目標）
 □精神科作業療法（ 週目導入目標）

□検査指示

- 入院時検査
 □採血 (Z2・Z3・追加検査: _____ 至急検査: _____) □Uセット
 □頭部MRI □胸部XP □腹部XP □ECG □脳波 □性格・心理検査
- 定期検査
 □採血 (Z1・DM・AN・FBS・CRP定性・CRP定量・追加検査: _____) _____ 力月毎
 □ECG _____ 力月毎 □胸部XP _____ 力月毎 □その他 (_____)

□約束指示

- 不眠時
 1 _____
 2 _____
 3 _____
- 不穏時
 1 _____
 2 _____
 3 _____
- 不安時
 1 _____
 2 _____
 3 _____
- その他
 1 _____
 2 _____
 3 _____

- 発熱 (_____ °C↑)
 □ボルマゲン □sup25mg □内服 Tb
 □カロナール □内服 Tb
 □その他 (_____)
- 頭痛
 □ボルマゲン Tb
 □ロキソプロフェンNa Tb
 □その他 (_____)
- 高血圧 (180mmHg↑ / 110mmHg↑)
 □アダラートL Tb
 □その他 (_____)
- 胃不快
 □FK散 (1.3g) 包
 □その他 (_____)
- 便秘
 □アローゼン 包 □ヨーピス液 ml・滴
 □センノサイド Tb □GE浣腸 (60ml・120ml) 不定愁訴 □SL 包

**□バイタル・
体重測定**

- バイタル測定 _____ 検/日
 □体重測定 _____ 検/日・週

□要観察

- 全身状態不良: バイタル _____ 検/日 (備考: _____)
 □自傷: 巡回 _____ 回/日 or _____ 時間毎
 □離院: 巡回 _____ 回/日 or _____ 時間毎
 □他害: 巡回 _____ 回/日 or _____ 時間毎
 □嚥下不良: □食事介助 □嚥下不良食
 □転倒・転落: □ベット柵 □ポーター □歩行介助
 □悪性症候群: バイタル _____ 検/日
 □水中毒: □体重測定 _____ 回/日 □水制限 _____ ml/日
 □その他 (_____) □その他 (_____)

**□行動制限
(毎週見直し)**

- 拘束 (告知済・告知延期) 見込み期間 日間 } □コパス使用
 □隔離 (告知済・告知延期) 見込み期間 日間
 □本人同意個室施設使用 見込み期間 日間
 □行動制限 (範囲) 一覧表参照 (行動範囲・面会・電話・金銭・OT参加・持ち物に関して)

情報プランシートⅢ（安定期）

（記載：平成 年 月 日）

ID： 患者氏名： 様 入院病棟： 入院形態：

□病識 □やや乏しい
□ほぼ完全

□入院目的 (達成度・対策コメント)		不十分	中度	大部分	完全	対策コメント
		□4	□3	□2	□1	
	□自傷・他害	□4	□3	□2	□1	()
	□社会的混乱(周囲が対応に困る)	□4	□3	□2	□1	()
	□身体的危機	□4	□3	□2	□1	()
	□ADL低下	□4	□3	□2	□1	()
	□病識不十分	□4	□3	□2	□1	()
	□検査・診断・薬調整	□4	□3	□2	□1	()
	□身体合併症治療	□4	□3	□2	□1	()
	□休養目的	□4	□3	□2	□1	()
	□住宅・受入れ・経済問題	□4	□3	□2	□1	()
	□その他()	□4	□3	□2	□1	()

□治療ゴール (達成度・対策コメント)		不十分	中度	大部分	完全	対策コメント
		□4	□3	□2	□1	
	□病状安定・入院動機の問題改善	□4	□3	□2	□1	()
	□自己の安全を守る	□4	□3	□2	□1	()
	□外来治療の受入れ	□4	□3	□2	□1	()
	□服薬のコンプライアンス	□4	□3	□2	□1	()
	□行動のコントロール	□4	□3	□2	□1	()
	□生活の安定	□4	□3	□2	□1	()

□再入院対策		対策コメント	
		()	()
	□ストレス誘因に関するもの	()	()
	□精神疾患に関するもの	()	()
	□身体疾患に関するもの	()	()
	□家族に関するもの	()	()
	□生活能力に関するもの	()	()
	□経済に関するもの	()	()
	□住宅に関するもの	()	()
	□本人の個人問題	()	()
	□服薬コンプライアンスに関する問題	()	()
	□その他()	()	()

○生活能力 退院先：□単身住居 □家族など同居 □共同住居 □下宿 □施設

	低	中	高
	□3	□2	□1
□服薬・通院	□3	□2	□1
□衛生管理(排泄、入浴、更衣、洗顔、歯磨き、身辺整理、移動)	□3	□2	□1
□生活時間の自己管理(起床、就寝、食事、生活リズム)	□3	□2	□1
□身体的健康管理	□3	□2	□1
□食生活	□3	□2	□1
□身体疾患管理	□3	□2	□1
□金銭管理	□3	□2	□1
□居室管理(身の回りの整理整頓)	□3	□2	□1
□防災・危機対処	□3	□2	□1
□対人能力(疎通性)	□3	□2	□1

□行動範囲の拡大

□行動制限（範囲）の見直し 一覧表参照

○生活支援

食事：□自力 □全介助 □半介助 □胃瘻 □絶食 □絶飲水 □栄養状態
 排泄：□自排便 □自排尿 □全介助 □半介助
 □オムツ □リハビリパンツ □尿器 □ポータートイレ □Baカテーテル
 移動：□自力 □全介助 □半介助
 □杖 □車椅子 □歩行器
 清潔：入浴 □自力 □全介助 □半介助
 更衣 □自力 □全介助 □半介助
 洗面・歯磨き □自力 □全介助 □半介助
 身辺整理 □自力 □全介助 □半介助
 服薬：□自己管理 □看護管理 □服薬確認 □服薬指導
 生活リズム：□休息・睡眠の確保 □日中の活動
 対人能力：□疎通性 □自己主張

◇薬局

□薬剤管理指導（毎週 曜日） □薬剤自己管理（ 月 日開始）
 □副作用チェック （コメント： ）

▽PSW

□年金（□障害基礎 □障害厚生 □老齢基礎 □老齢厚生 □遺族）
 □自立支援医療
 □精神障がい者保健福祉手帳（利用交通費助成： ）

△OTR

□初期評価（5・6週目予定）（コメント： ）
 □リハビリ拡大（コメント： ）

情報プランシートⅣ（退院時）

（記載：平成 年 月 日）

ID： 患者氏名： 様 入院病棟： 入院形態：

□退院目標日 平成 年 月 日頃

□病識 □やや乏しい
□ほぼ完全

□合併症 { }

□入院目的		(改善度)	不十分	中度	大部分	完全
□自傷・他害	————→		□4	□3	□2	□1
□社会的混乱（周囲が対応に困る）	————→		□4	□3	□2	□1
□身体的危機	————→		□4	□3	□2	□1
□ADL低下	————→		□4	□3	□2	□1
□病識不十分	————→		□4	□3	□2	□1
□検査・診断・薬調整	————→		□4	□3	□2	□1
□身体合併症治療	————→		□4	□3	□2	□1
□休養目的	————→		□4	□3	□2	□1
□住宅・受入れ・経済問題	————→		□4	□3	□2	□1
□その他（ ）	————→		□4	□3	□2	□1

□治療ゴール		(達成度)	不十分	中度	大部分	完全
□病状安定・入院動機の問題改善	□4	□3	□2	□1		
□自己の安全を守る	□4	□3	□2	□1		
□外来治療の受入れ	□4	□3	□2	□1		
□服薬のコンプライアンス	□4	□3	□2	□1		
□行動のコントロール	□4	□3	□2	□1		
□生活の安定	□4	□3	□2	□1		

コメント

□再入院対策

□ストレス誘因に関するもの ()

□精神疾患に関するもの ()

□身体疾患に関するもの ()

□家族に関するもの ()

□生活能力に関するもの ()

□経済に関するもの ()

□住宅に関するもの ()

□本人の個人問題 ()

□服薬コンプライアンスに関する問題 ()

□その他 () ()

○生活能力 退院先：□単身住居 □家族など同居 □共同住居 □下宿 □施設

	低	中	高
□薬自己管理	□3	□2	□1
□通院	□3	□2	□1
□衛生管理（排泄、入浴、更衣、洗顔・歯磨き、身辺整理、移動）	□3	□2	□1
□生活時間の自己管理（起床、就寝、食事、生活リズム）	□3	□2	□1
□身体的健康管理	□3	□2	□1
□食生活	□3	□2	□1
□身体疾患管理	□3	□2	□1
□金銭管理	□3	□2	□1
□居室管理（身の回りの整理整頓）	□3	□2	□1
□防災・危機管理	□3	□2	□1
□対人能力（疎通性）	□3	□2	□1

▽社会資源

- 制度申請：精神障害年金
自立支援法精神通院医療
精神障がい者保健福祉手帳（利用交通費助成： ）
その他（ ）
退院先に応じた支援・調整
就労・復学・家庭復帰支援
地域資源

□症状

(改善度)	最重	重	中	軽
<input type="checkbox"/> ふらつき・転倒	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 逸脱行為	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 離脱	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> せん妄	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 自傷・他害・離院	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 怒り・敵意・興奮	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 多弁・多訴・執拗	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 緊張・昏迷	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 焦燥	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 躁	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 無為・自閉	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 発作	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

- 副作用
悪性症候群 EPS アカシジア 便秘 胃不快・嘔気
高血糖 肥満 性功能 低血圧 眩暈・ふらつき 眠気
排尿障害 その他（ ）

□退院時処方

- 内服 (主剤) RIS OLZ QTP PRS APZ BNS ゾテピン
ブチロフェノン系 フェノチアジン系 ベンザミド系
三環系 四環系 SSRI SNRI NaSSA
Li CBZ VPA

主剤単剤 抗精神病薬 種 抗うつ薬 種

抗パ剤併用 BZ系併用 デボ併用

□退院後方針

- 当院通院 (H 年 月 日 AM・PM外来)
外来OT SC DC NC DNC試験通所
外来OT SC DC NC DNC通所 (月 日開始)
精神科訪問看護
転医
一時転院 (病院 週間見込み)
他精神科転医 (病院/通院・入院)
他科転移 (病院/通院・入院)
その他 ()

▽患者様満足度

不満 1 やや不満 2 満足 3 かなり満足 4

CSQ-8J 合計得点 点

情報プランシートV (バリアンスシート)

(記載：平成 年 月 日)

(入院から カ月経過)

ID: _____ 患者氏名: _____ 様 入院病棟: _____ 入院形態: _____

バリアンス 急性期 安定期 評価期 [コメント: _____]

- 合併精神疾患
- 物質依存
 - 人格障害
 - 知的機能障害
 - 広汎発達障害
 - 認知症
 - せん妄
 - 処遇困難ケース (理由 _____)

- 入院目的
(退院阻害要因チェック)
- 自傷・他害
 - 社会的混乱 (周囲が対応に困る)
 - 身体的危機
 - ADL低下
 - 病識不十分
 - 検査・診断・薬調整
 - 身体合併症治療
 - 休養目的
 - 住宅・受入れ・経済問題
 - その他 (_____)

- 治療ゴール
(退院阻害要因チェック)
- 病状安定・入院動機の問題改善
 - 自己の安全を守る
 - 外来治療の受入れ
 - 服薬のコンプライアンス
 - 行動のコントロール
 - 生活の安定

- 悪化要因
(関連要因チェック)
- 服薬コンプライアンスに関する問題
 - ライフイベント (_____)
 - 対人問題 (夫婦・親子・兄弟・交友)
 - 職場問題
 - 住宅などの環境問題
 - 経済問題
 - 身体合併症 (_____)
 - 事故 (_____)
 - 生理
 - 出産
 - 更年期
 - 誘因・契機無し

○退院先 単身住居 家族などと同居 共同住居 下宿 施設

- バリアンス理由
- 精神疾患 (_____)
 - 身体疾患 (_____)
 - 家族 (_____)
 - 対人関係 (_____)
 - 生活能力 (_____)
 - 経済 (_____)
 - 住居 (_____)
 - 本人の個人的問題 (_____)
 - その他 (医療チームや病院システムの問題など _____)
- コメント

[_____]

	最重	重	中	軽
□精神症状	□4	□3	□2	□1
□ふらつき・転倒	□4	□3	□2	□1
□逸脱行為	□4	□3	□2	□1
□離脱	□4	□3	□2	□1
□せん妄	□4	□3	□2	□1
□認知症	□4	□3	□2	□1
□自傷・他害・離院	□4	□3	□2	□1
□怒り・敵意・興奮	□4	□3	□2	□1
□多弁・多訴・執拗	□4	□3	□2	□1
□幻覚・妄想	□4	□3	□2	□1
□緊張・昏迷	□4	□3	□2	□1
□抑うつ □不安 □焦燥	□4	□3	□2	□1
□躁	□4	□3	□2	□1
□無為・自閉	□4	□3	□2	□1
□その他 ()	□4	□3	□2	□1
□発作	□4	□3	□2	□1
□副作用	<input type="checkbox"/> 悪性症候群 <input type="checkbox"/> EPS <input type="checkbox"/> アカシジア <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 胃不快・嘔気 <input type="checkbox"/> 高血糖 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 性機能 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 眩暈・ふらつき <input type="checkbox"/> 眠気 <input type="checkbox"/> 排尿障害 <input type="checkbox"/> その他 ()			
□薬物療法	<input type="checkbox"/> 内服 (主剤) <input type="checkbox"/> RIS <input type="checkbox"/> OLZ <input type="checkbox"/> QTP <input type="checkbox"/> PRS <input type="checkbox"/> APZ <input type="checkbox"/> BNS <input type="checkbox"/> ゾテピン <input type="checkbox"/> ブチロフェノン系 <input type="checkbox"/> フェノチアジン系 <input type="checkbox"/> ベンザミド系 <input type="checkbox"/> 三環系 <input type="checkbox"/> 四環系 <input type="checkbox"/> SSRI <input type="checkbox"/> SNRI <input type="checkbox"/> NaSSA <input type="checkbox"/> Li <input type="checkbox"/> CBZ <input type="checkbox"/> VPA <input type="checkbox"/> 主剤単剤 <input type="checkbox"/> 抗精神病薬 種 <input type="checkbox"/> 抗うつ薬 種 <input type="checkbox"/> 抗パ剤併用 <input type="checkbox"/> BZ系併用 <input type="checkbox"/> デポ併用			
□身体合併症	<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 肺疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 胃腸疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 整形疾患 <input type="checkbox"/> 耳鼻科疾患 <input type="checkbox"/> 泌尿器疾患 <input type="checkbox"/> 眼科疾患 <input type="checkbox"/> その他 (コメント: <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 (□処置無/□処置有: 部位 薬剤名・処置内容) <input type="checkbox"/> 歯科疾患 (□院内歯科受診/□院外歯科受診)			
□家族	<input type="checkbox"/> 家族が反対 <input type="checkbox"/> 本人が拒否 <input type="checkbox"/> 必要な援助支援がない <input type="checkbox"/> 過干渉			
□対人能力	コメント ()			
○生活能力	<input type="checkbox"/> 服薬・通院 <input type="checkbox"/> 衛生管理 (排泄、入浴、更衣、洗顔・歯磨き、身辺整理、移動) <input type="checkbox"/> 生活時間の自己管理 (起床、就寝、食事、生活リズム) <input type="checkbox"/> 身体的健康管理 <input type="checkbox"/> 食生活 <input type="checkbox"/> 身体疾患管理 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 居室管理 (身の回りの整理整頓) <input type="checkbox"/> 防災・危機管理 <input type="checkbox"/> 対人能力 (疎通性)			
□身体レベル (不自由チェック)	<input type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> 聴力 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 手機能 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 排泄			
○コミュニケーション (不自由チェック)	<input type="checkbox"/> 話す 軽度・中程度・重度 <input type="checkbox"/> 書く 軽度・中程度・重度 <input type="checkbox"/> 読む 軽度・中程度・重度 <input type="checkbox"/> 理解する 軽度・中程度・重度 <input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 減少 (軽・中・重) <input type="checkbox"/> 亢進 (軽・中・重)			
□方針	<input type="checkbox"/> 入院予定期間の延長 約 力月延長 対策: (<input type="checkbox"/> 転棟 <input type="checkbox"/> 療養プランシート使用 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 施設入所)			