8. 入院前の身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

麻痺の状況	☐ 右上肢	☐ 左上肢	☐ 右下肢	☐ 左下肢	褥瘡等の有無	☐ なし ☐ あり (部位・深度・大きさ等)			
褥瘡等への対応	☐ エアーマット	☐ クッション	☐ 体位変換 (時間毎)		☐ その他 ()				☐ なし
移乗	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	移動	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
移動 (屋外)	☐ 杖	☐ 歩行器	☐ 車椅子	☐ その他	移動 (屋内)	☐ 杖	☐ 歩行器	☐ 車椅子	☐ その他
食事	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	排泄	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
入院前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 ☐ アセスメントシート (フェイスシート) ☐ その他 ()								
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	☐ なし ☐ あり ()								
認知機能の状況	みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か ☐ 見守ってもらうことなく過ごすことができる ☐ 1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる ☐ 半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる ☐ 30分程度ならみまもってもらうことなく一人で過ごすことができる ☐ 常にみまもりが必要である								
	見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか ☐ 年月日はわかる ☐ 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる ☐ 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる ☐ その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前はわかる ☐ 自分の名前がわからない								
	近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか ☐ 常に覚えている ☐ たまに (週1回程度) 忘れることがあるが、考えることで思い出せる ☐ 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある ☐ きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない ☐ 忘れたこと自体を認識していない								
	遂行能力：テレビ、エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか ☐ 自由に操作できる ☐ チャンネルの順送りなど普段している操作はできる ☐ 操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえば使える ☐ リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない ☐ リモコンが何をやるものかわからない								
過去半年間における入院	☐ なし ☐ 不明 ☐ あり (頻度： ☐ 0回 ☐ 1回 ☐ 2回以上) (直近の入院理由： 期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日)								

9. 入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等

介護/医療の状況・本人の関心等	介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等 同封の書類をご確認ください。 ☐ 居宅サービス計画(1)～(3) ☐ アセスメントシート (フェイスシート) ☐ その他 () ペット飼育の有無： ☐ あり ☐ なし 特記事項：								
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. 今後の在宅生活の展望について (ケアマネジャーとしての意見)

住環境 ※可能ならば「写真」などを添付	住居の種類 (戸建て・集合住宅) _____階建て、 居室_____階、 エレベーター (☐ あり ☐ なし) 特記事項：								
在宅生活に必要な要件									
世帯に対する配慮	☐ 不要 ☐ 必要 ()								
退院後の支援者	☐ 家族の支援が見込める (☐ 十分 ・ ☐ 一部) ☐ 家族以外の支援が見込める (☐ 十分 ・ ☐ 一部) ☐ 支援は見込めない ☐ 家族や家族以外の支援者はいない								
退院後の主介護者	☐ 本シート2と同じ ☐ 左記以外 (氏名： 続柄： 年齢：)								
家族や同居者等による虐待の疑い	☐ なし ☐ あり ()								
特記事項									

11. カンファレンス等について (ケアマネジャーからの希望)

「退院前カンファレンス」への参加	☐ 希望あり 具体的な要望 ()								
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	☐ 希望あり 具体的な要望 ()								