





**【活動・運動】①**

情 報 (Sデータ, Oデータ)	アセスメント ①症状・徴候 ②原因・誘因 ③問題の発生時期と経過 ④予測(成り行き)⑤患者のもてる力
<p><b>【身体活動状況】</b></p> <p><input type="checkbox"/>日常生活に必要な体力</p> <p><input type="checkbox"/>普段の活動レベル 活動制限 無・有 (部位 程度 ) *問題がある場合は、関節可動域・MMTなどをもとに観察</p> <p><input type="checkbox"/>歩行状態 (歩行時補助具の使用の有無) ふらつき 有・無 めまい 有・無 転倒歴 有・無</p> <p><input type="checkbox"/>姿勢・体位による苦痛 無・有 (どのように )</p> <p><input type="checkbox"/>体位保持のバランスや状況</p> <p><b>【日常生活動作】</b> (a以外であれば、なぜ自力で行えないのかを明らかにする/介助方法)</p> <p>●移動動作の状態</p> <p><input type="checkbox"/>ベッド上動作 a自力で自由に動ける b起き上がりができる cつかまれば起き上がれる d寝返りができる eつかまれば寝返りができる f自力ではなく全く動けない gその他 介助方法;</p> <p><input type="checkbox"/>車椅子への移動 a自力で移動ができる b自力では移動できない cその他 介助方法;</p> <p><input type="checkbox"/>歩行 a歩行 b杖・歩行器歩行できる cつかまり歩行できる d歩けない eその他 介助方法;</p> <p>●ADLの状態</p> <p><input type="checkbox"/>食事 a自力で摂取できる b補助具があれば摂取できる cセッティングがあれば摂取できる d自力では摂取できない eその他</p> <p><input type="checkbox"/>入浴</p> <p><input type="checkbox"/>衣服の着脱 a自力ですべてできる b上着の着脱はできる cズボンの着脱はできる dボタンやホックを留める以外はできる e自力で着脱はできない fその他</p>	

**【活動・運動】②**

<p style="text-align: center;"><b>情報</b> (Sデータ, Oデータ)</p>	<p style="text-align: center;"><b>アセスメント</b> ①症状・徴候 ②原因・誘因 ③問題の発生時期と経過 ④予測(成り行き) ⑤患者のもてる力</p>
<p><b>【日常生活動作】</b></p> <p><input type="checkbox"/> 整容 a自分ですべてできる b洗面できる c髪をとかすことができる d自分での整容できない eその他</p> <p><input type="checkbox"/> 排泄 aトイレに行き自分ですべてができる bポータブルトイレで自力でできる c床上で尿便器を使い自力でできる d自力ではできない eその他</p> <p><b>【活動耐性状況】</b></p> <p><input type="checkbox"/> 呼吸器系の障害 無・有 咳嗽・喀痰・喀血・喘鳴・呼吸困難・起坐呼吸・SpO2</p> <p><input type="checkbox"/> 循環器系の障害 無・有 動機・胸痛・発作性夜間呼吸困難・浮腫・チアノーゼ その他 普段の血圧</p> <p><b>【運動習慣】</b></p> <p><input type="checkbox"/> 運動(頻度、種類、量)</p> <p><input type="checkbox"/> 普段の主な活動 仕事・学校・家事・家人の世話になる・その他</p> <p><input type="checkbox"/> 疲労感 無・有</p> <p><input type="checkbox"/> その他の関連事項</p> <p><input type="checkbox"/> 検査</p>	<p style="text-align: center;"><b>【問題の明確化につながるキーワード】</b></p>



【認知・知覚】

<p style="text-align: center;"><b>情報</b> (Sデータ, Oデータ)</p>	<p style="text-align: center;"><b>アセスメント</b> ①症状・徴候 ②原因・誘因 ③問題の発生時期と経過 ④予測(成り行き)⑤患者のもてる力</p>
<p><b>【感覚機能】</b></p> <p><input type="checkbox"/>視覚:問題 無・有 (視力 視野 )</p> <p><input type="checkbox"/>聴覚:問題 無・有 補聴器の使用 有・無 (左右 程度 )</p> <p><input type="checkbox"/>嗅覚:問題 無・有( )</p> <p><input type="checkbox"/>味覚:問題 無・有( )</p> <p><input type="checkbox"/>触覚:問題 無・有( )</p> <p><input type="checkbox"/>めまい 無・有</p> <p><input type="checkbox"/>ふらつき 無・有</p> <p><input type="checkbox"/>しびれ(知覚障害 )</p> <p><input type="checkbox"/>運動障害(麻痺・変形 )</p> <p><b>【認知機能】</b></p> <p><input type="checkbox"/>物忘れ: 無・有( )</p> <p><input type="checkbox"/>意識障害: 無・有 (意識レベル )</p> <p><input type="checkbox"/>見当識障害:無・有(人・場所・時間) あるとすればいつから</p> <p><input type="checkbox"/>言語障害:無・有(失語症・構音障害など、程度) あるとすればいつから</p> <p><input type="checkbox"/>理解力:正常・問題有</p> <p><input type="checkbox"/>疾患に関する知識</p> <p><input type="checkbox"/>その他関連事項</p> <p><b>【不快症状】</b></p> <p><input type="checkbox"/>疼痛 有・無 (部位 いつから )</p> <p><input type="checkbox"/>その他不快症状 有・無 (部位 いつから )</p> <p><input type="checkbox"/>生活への影響</p>	<p style="text-align: center;"><b>【問題の明確化につながるキーワード】</b></p>

**【役割・関係】**

<p style="text-align: center;"><b>情報</b> (Sデータ, Oデータ)</p>	<p style="text-align: center;"><b>アセスメント</b> ①症状・徴候 ②原因・誘因 ③問題の発生時期と経過 ④予測(成り行き)⑤患者のもてる力</p>
<p><b>【他者との関係】</b></p> <p><input type="checkbox"/>他者とのコミュニケーションに関する問題</p> <p><input type="checkbox"/>他者への言動、態度</p> <p><b>【疾病や治療による役割への影響】</b></p> <p>●家庭</p> <p><input type="checkbox"/>キーパーソン</p> <p><input type="checkbox"/>主に世話をしてくれる人(介護者)</p> <p><input type="checkbox"/>家での役割: 戸主・主婦・隠居・学生・その他</p> <p><input type="checkbox"/>患者の疾患・入院・治療に対しての家族の理解・感じ方</p> <p>●職場</p> <p><input type="checkbox"/>仕事の内容と立場:</p> <p><input type="checkbox"/>やりがい</p> <p><input type="checkbox"/>以前の職業</p> <p><input type="checkbox"/>入院したことで学業・職業・家庭における役割遂行への影響</p> <p>●地域</p> <p><input type="checkbox"/>地域活動や社会活動</p> <p><input type="checkbox"/>家庭・職場・地域などでの役割を、どのように受け止めているか</p> <p><input type="checkbox"/>疾患・治療による役割の変化</p> <p><input type="checkbox"/>その他関連事項</p>	<p><b>【問題の明確化につながるキーワード】</b></p>

【価値・信念】

<p style="text-align: center;"><b>情報</b> (Sデータ, Oデータ)</p>	<p style="text-align: center;"><b>アセスメント</b> ①症状・徴候 ②原因・誘因 ③問題の発生時期と経過 ④予測(成り行き)⑤患者のもてる力</p>
<p>【価値観・信念】</p> <p><input type="checkbox"/> 人生で望んだことは得られているか</p> <p><input type="checkbox"/> 信じる宗教: 有・無( ) 医療に関する制約( )</p> <p><input type="checkbox"/> 人生や生活において大切にしていること</p> <p><input type="checkbox"/> 将来の計画、今後の生活に対する思い</p> <p><input type="checkbox"/> 価値観や信念が示唆される言動 有・無</p> <p><input type="checkbox"/> その他関連事項</p>	<p>【問題の明確化につながるキーワード】</p>