

3) リハビリテーションつながるシート

◎下記の項目のいずれかにチェックが入った場合に、このシートを活用してください。

<p>【主治医意見書から】</p> <p><input type="checkbox"/> 初回認定であり発症から6か月以内の脳血管障害または受傷2か月以内の骨折の対象者</p> <p><input type="checkbox"/> 3.(4)「その他の精神・神経症状」欄や自由記載に、失語症・高次脳機能障害の記載があり生活上の支障を改善したい対象者</p> <p><input type="checkbox"/> 4.「生活機能とサービスに関する意見」に(3)「転倒・骨折」または(4)生活機能改善が「期待できる」または(5)「訪問リハビリ」か「通所リハビリ」のいずれかにチェックがある</p> <p><input type="checkbox"/> 4.「生活機能とサービスに関する意見」の(6)「医学的観点からの留意事項」の「移動」・「運動」・「嚥下」のいずれかに「あり」のチェックがある</p> <p>【認定調査票から】</p> <p><input type="checkbox"/> 「麻痺」や「拘縮」があり、1-7歩行、2-1移乗、2-2移動が「見守り」または「一部介助」</p> <p><input type="checkbox"/> 「拘縮」が2か所以上であり、特記に痛みなどの記載がある</p> <p><input type="checkbox"/> 1-3寝返り、1-4起き上がりに支えが必要な対象者（改善の見込みが高い）</p> <p><input type="checkbox"/> 2-1移乗または2-2移動または2-5排尿、2-6排便が「一部介助」の対象者（改善の見込みが高い）</p> <p><input type="checkbox"/> 要介護3までの在宅生活者で、2-8洗顔または5-6簡単な調理が「一部介助」の対象者</p> <p><input type="checkbox"/> 要介護3までの在宅生活者で、4-3感情が不安定または4-7介護に抵抗または4-14自分勝手に行動するが「時々ある」または「ある」の対象者（課題解決の可能性が高い）</p>
--

主治医意見書・認定調査票に1つ以上☑が付いたら下記のつながるシートでアセスメントを行います。

ケアマネジャーのリハビリテーションつながるシート

利用者名： _____ 確認日： _____ 年 月 日

診断名： _____ 発症日： _____ 年 月 日（発症 日）

性別：男・女 年齢： _____ 歳 介護度：要支援1・2 要介護1・2・3・4・5・申請中

生活自立度 _____ 認知症自立度 _____

1	麻痺の有無	<input type="checkbox"/> あり（重度・中程度・軽度）（部位 _____） <input type="checkbox"/> なし
2	拘縮の有無	<input type="checkbox"/> あり（重度・中程度・軽度）（部位 _____） <input type="checkbox"/> なし
3	痛みの有無	<input type="checkbox"/> あり（部位 _____）自発痛・運動痛 <input type="checkbox"/> なし
4	歩行機能	<input type="checkbox"/> 歩けない <input type="checkbox"/> 自宅内は歩ける（介助・見守り・不安定・安定） <input type="checkbox"/> 屋外も歩ける（100m・300m・500m・それ以上※補装具有・無）
5	排泄機能	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブル（介助・自立） <input type="checkbox"/> 尿瓶 <input type="checkbox"/> トイレ介助 <input type="checkbox"/> トイレ自立（自宅・外出先）
	神経因性膀胱・便秘・失禁傾向等	<input type="checkbox"/> あり（ _____ ） <input type="checkbox"/> なし
6	高次脳機能障害・認知行動障害	<input type="checkbox"/> あり（ _____ ） <input type="checkbox"/> なし
7	実現したい趣味・活動・参加・興味関心	<input type="checkbox"/> あり（ _____ ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認
8	改善したい生活行為やアドバイスを受けたいポイント等	

つながるシートの記入が済んだら、まずは普段連携をしているリハビリ専門職にこのシートをもって相談してください。

連携しているリハビリ専門職がない場合は下記の機関にご相談ください。



茨城県リハビリテーション専門職協会
TEL：029-306-7765
FAX：029-353-8475