

入浴	入浴	<input type="checkbox"/> 好き	<input type="checkbox"/> 嫌い	
	入浴状況	<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャー浴 <input type="checkbox"/>	
	洗身	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	洗髪	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
整容	洗顔	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
健康医療面	睡眠時間	<input type="checkbox"/>	時から 時まで 時間	
	排便	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 2～3日に1回 <input type="checkbox"/> 1週間に1回	
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 有 (部位	処置) <input type="checkbox"/> 無	
	インスリン	<input type="checkbox"/> 有 (いつ	単位数) <input type="checkbox"/> 無	
	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 全介助	
	薬物アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 (薬品名) <input type="checkbox"/> 無	
コミュニケーション	意思伝達	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 時々可能 <input type="checkbox"/> 不可能(具体的に)	
	理解	<input type="checkbox"/> 理解できる	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その場は理解できる	
	視覚	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> はっきり見えない (両目・右・左)	
		<input type="checkbox"/> 見えない (両目・右・左)		
	眼鏡	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	聴覚	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 大きい声で聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない(両耳・右・左)	
	補聴器	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
精神について	他者との交流	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 苦手 <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 好まない	
	物忘れ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	判断能力	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 指示が必要 <input type="checkbox"/> できない	
	症 状	<input type="checkbox"/> 徘徊 (日中・夜間・昼夜問わず・)		
		<input type="checkbox"/> 暴言・暴力 (どの程度・内容)		
		<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護抵抗・拒否		
<input type="checkbox"/> 夜間不穏 (具体的に)				
<input type="checkbox"/> 異食行為 (具体的に)				
<input type="checkbox"/> 放尿 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 物盗られ妄想				
<input type="checkbox"/> 不潔行為 (具体的に)				
	<input type="checkbox"/> その他()			
ナースコール使用	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 時々可能 <input type="checkbox"/> 不可能		
センサーマット使用	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要		
症状に関して	経過			
	注意点			