

生活行為申し送り表

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女） 作成日：H _____ 年 _____ 月 _____ 日

退院後も健康や生活行為を維持するため、下記のとおり指導いたしました。
引き続き継続できるよう日常生活のなかでの支援をお願いいたします。

担当者：

【元気な時の生活状態】					【今回入院きっかけ】 <input type="checkbox"/> 徐々に生活機能が低下 <input type="checkbox"/> 発症（脳梗塞など） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	【ご本人の困っている・できるようになりたいこと】
【現在の生活状況】（本人の能力を記載する） ※該当箇所にしをつける						【リハビリテーション治療における作業療法の目的と内容】
ADL 項目	している	していないが できる	改善 見込み 有	支援が 必要	特記事項	
食べる・飲む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		【日常生活の主な過ごし方】
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
整容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
トイレ行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
平地歩行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
階段昇降	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
屋内移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
屋外移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
交通機関利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食事の準備	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
掃除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
洗濯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
整理・ゴミだし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
お金の管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
電話をかける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
【アセスメントまとめと解決すべき課題】						
【継続するとよい支援内容またはプログラム】						