

シート1

	名前	
①	病名・症状	
②	現病歴	
③	既往歴	
④	現在の医療行為	
⑤	身障・精神手帳 の有無	
⑥	禁忌・制限	
⑦	受診状況	
⑧	サービス利用状況	
⑨	ADL 状況	
⑩	BPSD の状況	
⑪	家族構成と 援助状況	
⑫	その他	
⑬	内服薬	① ⑥ ② ⑦ ③ ⑧ ④ ⑨ ⑤ ⑩