

名前： _____ ID： _____ 日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日

PS	<input type="checkbox"/> PS 0、 <input type="checkbox"/> PS 1、 <input type="checkbox"/> PS 2、 <input type="checkbox"/> PS 3、 <input type="checkbox"/> PS 4			
測定	身長 () cm、体重 () kg			
バイタル	BP (/)、 <input type="checkbox"/> 降圧薬あり、 <input type="checkbox"/> なし		HR /min.、RR /min.、Sat %	
ADL	<input type="checkbox"/> 自立、 <input type="checkbox"/> 見守り、 <input type="checkbox"/> 要介助			
GVHD	<input type="checkbox"/> 無関係、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> あり	※ありの場合、内容・治療 ()		
問題部位	問題の有無		複数選択可 詳細項目・複数選択可	
筋骨格・運動	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 身体障害手帳あり () 級
				<input type="checkbox"/> 身体補助具 <input type="checkbox"/> 車いす、 <input type="checkbox"/> 歩行器・杖、 <input type="checkbox"/> 義肢・義足、 <input type="checkbox"/> 装具・コルセット、 <input type="checkbox"/> 不明・その他 ()
				<input type="checkbox"/> 運動機能障害 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺、 <input type="checkbox"/> 下肢麻痺、 <input type="checkbox"/> 片麻痺、 <input type="checkbox"/> 単麻痺、 <input type="checkbox"/> 不明・その他 ()
				<input type="checkbox"/> 筋骨格系障害 <input type="checkbox"/> 関節拘縮・変形・可動域制限、 <input type="checkbox"/> 脊柱側弯・前後弯・変形、 <input type="checkbox"/> 大腿骨頭壊死、 <input type="checkbox"/> 骨壊死、 <input type="checkbox"/> すべり症、 <input type="checkbox"/> 四肢長差、 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症、 <input type="checkbox"/> 外骨腫、 <input type="checkbox"/> 筋力低下・筋委縮、 <input type="checkbox"/> 骨盤・仙尾部術後、 <input type="checkbox"/> 四肢・指趾切断後、 <input type="checkbox"/> 不明・その他 ()
				<input type="checkbox"/> 不明・その他 ()
頭頸部	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 顎・気道・嚥下の問題 <input type="checkbox"/> 開口障害・顎関節症、 <input type="checkbox"/> 気道閉塞・狭窄、 <input type="checkbox"/> 嚥下障害・胃瘻・経管 栄養、 <input type="checkbox"/> 不明・その他 ()
				<input type="checkbox"/> 顔・頭皮の問題 <input type="checkbox"/> 顔面変形、 <input type="checkbox"/> 顔面神経麻痺、 <input type="checkbox"/> 脱毛、 <input type="checkbox"/> 白髪 <input type="checkbox"/> 不明・その他 ()
				<input type="checkbox"/> 不明・その他 ()
感覚器・皮膚	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 視覚・聴覚障害手帳あり () 級
				<input type="checkbox"/> 視機能障害 <input type="checkbox"/> 全盲、 <input type="checkbox"/> 弱視、 <input type="checkbox"/> 視野障害、 <input type="checkbox"/> 眼球運動障害、 <input type="checkbox"/> 義眼、 <input type="checkbox"/> 白内障、 <input type="checkbox"/> 緑内障、 <input type="checkbox"/> 角膜乾燥、 <input type="checkbox"/> 不明・その他 ()
				<input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 聾、 <input type="checkbox"/> 補聴器、 <input type="checkbox"/> 補聴器を要さない聴力障害、 <input type="checkbox"/> 耳鳴、 <input type="checkbox"/> 不明・その他 ()

			<input type="checkbox"/> 皮膚障害 <input type="checkbox"/> 不明・その他	<input type="checkbox"/> 発疹、 <input type="checkbox"/> 乾燥、 <input type="checkbox"/> 皮膚硬化、 <input type="checkbox"/> 皮膚萎縮、 <input type="checkbox"/> 色素異常・白斑、 <input type="checkbox"/> 爪異常、 <input type="checkbox"/> 不明・その他（ ）	
内分泌代謝	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 成長ホルモン・低身長	<input type="checkbox"/> 低身長、 <input type="checkbox"/> 成長ホルモン欠損・成長ホルモン補充、 <input type="checkbox"/> 成人GHD、 <input type="checkbox"/> 不明・その他（ ）
				<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症、 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症、 <input type="checkbox"/> 甲状腺腫・結節、 <input type="checkbox"/> 不明・その他（ ）
				<input type="checkbox"/> 副腎	<input type="checkbox"/> 副腎機能低下症・補充療法、 <input type="checkbox"/> 不明・その他（ ）
				<input type="checkbox"/> 性腺	<input type="checkbox"/> 性腺機能低下症、 <input type="checkbox"/> 思春期早発、 <input type="checkbox"/> 性腺摘出、 <input type="checkbox"/> 早発閉経、 <input type="checkbox"/> 月経未発来・停止、 <input type="checkbox"/> 不明・その他（ ）
				<input type="checkbox"/> 尿崩症	<input type="checkbox"/> 投薬あり、 <input type="checkbox"/> 投薬なし・経過観察、 <input type="checkbox"/> 不明・その他（ ）
				<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 投薬あり、 <input type="checkbox"/> 投薬なし・経過観察、 <input type="checkbox"/> 不明・その他（ ）
				<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 投薬あり、 <input type="checkbox"/> 投薬なし・経過観察、 <input type="checkbox"/> 不明・その他（ ）
				<input type="checkbox"/> 不明・その他	（ ）
臓器・器官	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 血液・免疫	<input type="checkbox"/> 輸血を要す造血障害、 <input type="checkbox"/> 易感染、 <input type="checkbox"/> 免疫異常症、 <input type="checkbox"/> 免疫不全、 <input type="checkbox"/> 低γグロブリン血症、 <input type="checkbox"/> 不明・その他（ ）
				<input type="checkbox"/> 呼吸器	<input type="checkbox"/> 呼吸器感染反復、 <input type="checkbox"/> 低酸素血症・在宅酸素、 <input type="checkbox"/> 呼吸器・気管切開、 <input type="checkbox"/> 肺切除後、 <input type="checkbox"/> 肺線維症、 <input type="checkbox"/> 反復性気胸、 <input type="checkbox"/> 肺出血、 <input type="checkbox"/> 肺梗塞、 <input type="checkbox"/> BO・BOOP、 <input type="checkbox"/> 不明・その他（ ）
				<input type="checkbox"/> 循環器	<input type="checkbox"/> 心不全・投薬あり、 <input type="checkbox"/> 心機能低下、 <input type="checkbox"/> 心膜炎、 <input type="checkbox"/> 弁膜症、 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞、 <input type="checkbox"/> 不整脈、 <input type="checkbox"/> 不明・その他（ ）
				<input type="checkbox"/> 腎・泌尿器	<input type="checkbox"/> 透析（血液・腹膜）、 <input type="checkbox"/> 慢性腎障害、 <input type="checkbox"/> 蛋白尿・血尿、 <input type="checkbox"/> ファンconi症候群・尿細管障害、 <input type="checkbox"/> 片腎、 <input type="checkbox"/> 腎血管性高血圧、 <input type="checkbox"/> 腎瘦・膀胱摘出、 <input type="checkbox"/> 腎尿路結石、 <input type="checkbox"/> 出血性膀胱炎、 <input type="checkbox"/> 多発腎嚢胞、 <input type="checkbox"/> 不明・その他（ ）
				<input type="checkbox"/> 神経	<input type="checkbox"/> てんかん、 <input type="checkbox"/> 脳出血・梗塞、 <input type="checkbox"/> 脳萎縮、 <input type="checkbox"/> 白質脳症、 <input type="checkbox"/> 放射線性壊死、 <input type="checkbox"/> 失調、 <input type="checkbox"/> 言語障害、 <input type="checkbox"/> 末梢神経障害、 <input type="checkbox"/> 知覚異常、 <input type="checkbox"/> 振戦 <input type="checkbox"/> 膀胱直腸障害、 <input type="checkbox"/> 不明・その他（ ）

				<input type="checkbox"/> 消化器・排泄	<input type="checkbox"/> 腸閉塞、 <input type="checkbox"/> 慢性便秘、 <input type="checkbox"/> 慢性下痢、 <input type="checkbox"/> 消化管出血・血便、 <input type="checkbox"/> 治療を要すポリープ、 <input type="checkbox"/> 人工肛門、 <input type="checkbox"/> TPN、 <input type="checkbox"/> 不明・その他（ ）
				<input type="checkbox"/> 肝胆膵	<input type="checkbox"/> 肝硬変、 <input type="checkbox"/> 脂肪肝、 <input type="checkbox"/> 肝炎、 <input type="checkbox"/> FNH、 <input type="checkbox"/> 黄疸、 <input type="checkbox"/> 胆石・ポリープ、 <input type="checkbox"/> 脾摘、 <input type="checkbox"/> 膵炎、 <input type="checkbox"/> 不明・その他（ ）
				<input type="checkbox"/> 不明・その他	（ ）
歯牙・口腔	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 歯の問題	<input type="checkbox"/> 歯牙欠損・歯牙形成障害、 <input type="checkbox"/> 不明・その他（ ）
				<input type="checkbox"/> 口腔の問題	<input type="checkbox"/> 口腔乾燥、 <input type="checkbox"/> 口腔・舌潰瘍、 <input type="checkbox"/> 白板症、 <input type="checkbox"/> 不明・その他（ ）
				<input type="checkbox"/> 不明・その他	（ ）
学習・心理社会	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 手帳あり	<input type="checkbox"/> 愛の手帳・療育手帳（ ）級、 <input type="checkbox"/> 精神障害手帳（ ）級、 <input type="checkbox"/> 不明・その他（ ）
				<input type="checkbox"/> 自立困難	<input type="checkbox"/> ADL低下、 <input type="checkbox"/> 受診自立困難（公共交通機関利用困難など）、 <input type="checkbox"/> 不明・その他（ ）
				<input type="checkbox"/> 発達認知・高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 知的障害、 <input type="checkbox"/> border line、 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害・認知症、 <input type="checkbox"/> 多動、 <input type="checkbox"/> 自閉症スペクトラム、 <input type="checkbox"/> 不明・その他（ ）
				<input type="checkbox"/> 教育上の問題	<input type="checkbox"/> 支援教育、 <input type="checkbox"/> 進学上の問題、 <input type="checkbox"/> 不登校、 <input type="checkbox"/> 学習継続困難・退学、 <input type="checkbox"/> 不明・その他（ ）
				<input type="checkbox"/> 就労上の問題	<input type="checkbox"/> 就職困難、 <input type="checkbox"/> 就労継続困難、 <input type="checkbox"/> 不明・その他（ ）
				<input type="checkbox"/> 精神心理的問題	<input type="checkbox"/> 投薬あり、 <input type="checkbox"/> 医師定期受診・投薬なし、 <input type="checkbox"/> 心理カウンセリング、 <input type="checkbox"/> 不明・その他（ ）
				<input type="checkbox"/> 不明・その他	（ ）
妊孕性・出産	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 妊孕性温存治療あり	<input type="checkbox"/> 精子凍結、 <input type="checkbox"/> 卵巣凍結、 <input type="checkbox"/> 受精卵凍結、 <input type="checkbox"/> 不明・その他（ ）
				<input type="checkbox"/> 精子低形成・運動能低下	
				<input type="checkbox"/> 拳児あり	<input type="checkbox"/> 分娩・新生児問題なし、 <input type="checkbox"/> 分娩または新生児異常あり、 <input type="checkbox"/> 不明・その他（ ）
				<input type="checkbox"/> 妊娠歴あり・拳児なし	<input type="checkbox"/> 流産・死産、 <input type="checkbox"/> 不明・その他（ ）

				<input type="checkbox"/> 不明・その他	()
二次性腫瘍・ 多重腫瘍	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 血液腫瘍の二次性腫瘍	<input type="checkbox"/> 白血病、 <input type="checkbox"/> リンパ腫、 <input type="checkbox"/> 骨髄異形成症候群、 <input type="checkbox"/> 不明・その他 ()
				<input type="checkbox"/> 固形腫瘍の二次性腫瘍	<input type="checkbox"/> 口腔がん・舌がん・唾液腺がん、 <input type="checkbox"/> 他の頭頸部がん、 <input type="checkbox"/> 甲状腺癌、 <input type="checkbox"/> 乳癌、 <input type="checkbox"/> 肺癌、 <input type="checkbox"/> 骨軟部肉腫、 <input type="checkbox"/> 胃癌、 <input type="checkbox"/> 肝臓がん、 <input type="checkbox"/> 膵がん、 <input type="checkbox"/> 大腸癌、 <input type="checkbox"/> 腎癌、 <input type="checkbox"/> 膀胱がん、 <input type="checkbox"/> 精巣腫瘍・卵巣腫瘍、 <input type="checkbox"/> 子宮癌、 <input type="checkbox"/> 前立腺がん、 <input type="checkbox"/> 皮膚がん、 <input type="checkbox"/> 不明・その他 ()
				<input type="checkbox"/> 脳腫瘍の二次性腫瘍	<input type="checkbox"/> 髄膜腫、 <input type="checkbox"/> 高悪性度神経膠腫・膠芽腫、 <input type="checkbox"/> 血管腫 <input type="checkbox"/> 不明・その他 ()
				<input type="checkbox"/> 良性腫瘍	()
				<input type="checkbox"/> 不明・その他	()
その他	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明・その他	()