

SOAP（診療記録）記録シート

※本紙は記録用です。S：訴え/O：事実/A：解釈/P：次の一手の順で、短く整理して記載します。

患者ID		評価日	
評価者		場所	
診断名・病期（任意）		算定区分・実施時間	

記載前に固定する6点セット（共有・監査の再現性）

固定項目	チェック（固定できたら□に✓）	メモ
情報源	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 介護者 <input type="checkbox"/> 他職種	
主訴の焦点	<input type="checkbox"/> 今日の主訴を1つに絞る	
安全条件	<input type="checkbox"/> 中止基準 <input type="checkbox"/> 見守り条件 <input type="checkbox"/> バイタル確認	
評価指標	<input type="checkbox"/> 再評価でみる指標を決める	
説明・同意	<input type="checkbox"/> 説明内容 <input type="checkbox"/> 同意の有無を確認	
記録粒度	<input type="checkbox"/> S/O/A/Pを混在させない	

SOAP 本文（1つの主訴を4行で整理）

S	主観的情報（訴え／困りごと／目標／家族情報など） _____
O	客観的情報（数値・観察事実・安全所見） _____ _____
A	評価（問題点／主因仮説／リスク／本日の反応） _____
P	計画（目的＋内容＋量・頻度＋次回評価） _____

引き継ぎ・再評価メモ（イベント・条件差・対応更新など）
