

リハ・栄養・口腔連携チェックシート

48時間以内評価 / 14日以内介入 / 再評価・依頼の記録を1枚で確認

| 基本情報 | | | |
|------|---------|--------|-----|
| 患者ID | 病棟 / 場所 | 評価日 | 記入者 |
| 起点日 | 計画作成日 | 再評価予定日 | 共有先 |

| 1. 期限チェック (48時間・14日・再評価) | | |
|--------------------------|----------------------------------|---------------------|
| 時期 | 実施チェック | 記録ポイント |
| 入棟時 | <input type="checkbox"/> 起点日を決める | 入棟日 / 評価開始日 / 担当職種 |
| 48時間以内 | <input type="checkbox"/> 3領域を確認 | ADL・栄養・口腔/嚥下の初期評価 |
| 計画作成時 | <input type="checkbox"/> 目標をそろえる | 介入内容 / 依頼先 / 再評価日 |
| 14日以内 | <input type="checkbox"/> 反応を記録 | 実施内容 / 変更理由 / 次回確認日 |
| 退棟・転棟時 | <input type="checkbox"/> 継続情報を渡す | ADL・摂取・口腔課題・依頼状況 |

| 2. 48時間以内にそろえる3領域評価 | | | |
|---------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|
| 領域 | 確認 | 見る項目 | 所見・次アクション |
| ADL | <input type="checkbox"/> | BI / FIM・離床・基本動作・転倒リスク | _____ |
| 栄養 | <input type="checkbox"/> | 体重変化・摂取量・食形態・GLIM・食物アレルギー | _____ |
| 口腔/嚥下 | <input type="checkbox"/> | 口腔衛生・義歯・咬合・むせ・湿性嘔声・食事場面 | _____ |
| 連携 | <input type="checkbox"/> | カンファ・依頼先・返答・共有タイミング | _____ |

| 3. 依頼・共有メモ (誰が・いつ・何を) | | |
|-----------------------|--|-------|
| 項目 | チェック | メモ |
| 依頼先 | <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> その他 | _____ |
| 依頼内容 | <input type="checkbox"/> 食事調整 <input type="checkbox"/> 口腔評価 <input type="checkbox"/> 義歯確認 <input type="checkbox"/> 嚥下評価 <input type="checkbox"/> 方針共有 | _____ |
| 返答 / 実施結果 | <input type="checkbox"/> 返答あり <input type="checkbox"/> 実施済み <input type="checkbox"/> 継続確認 <input type="checkbox"/> 再依頼 | _____ |

| 4. 再評価・変更メモ | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| 変化した点 _____ _____ _____ | 変更理由 _____ _____ _____ |
| 次回確認日 / 担当 _____ _____ _____ | 申し送り事項 _____ _____ _____ |