

名前： \_\_\_\_\_ ID： \_\_\_\_\_ 日付： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

|               |   |                             |   |   |
|---------------|---|-----------------------------|---|---|
| <b>PS</b>     | <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 |                             |   |   |
| <b>測定</b>     | 身長 ( _____ ) cm、体重 ( _____ ) kg   |                             |   |   |
| <b>バイタル</b>   | BP ( _____ / _____ )、 <input type="checkbox"/> 降圧薬あり、 <input type="checkbox"/> なし   |                             | HR _____ /min.、RR _____ /min.、Sat _____ % |   |
| <b>ADL</b>    | <input type="checkbox"/> 自立、 <input type="checkbox"/> 見守り、 <input type="checkbox"/> 要介助   |                             |   |   |
| <b>GVHD</b>   | <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 ( _____ )      |   |   |
| <b>問題部位</b>   | 問題の有無   |                             | 複数選択可 詳細項目・複数選択可                          |   |
| <b>筋骨格・運動</b> | <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、<br><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、<br><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、<br><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、<br><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、<br><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 ( _____ )   |
| <b>頭頸部</b>    | <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<br>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<br><input type="checkbox"/> 不明・その他 ( _____ )  |
|               |   |                             |   | <input type="checkbox"/> 不明・その他 ( _____ )   |
| <b>感覚器・皮膚</b> | <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、<br><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、<br><input type="checkbox"/> 不明・その他 ( _____ )  |

|       |                             |                             |  |   |   |
|-------|-----------------------------|-----------------------------|--|---|---|
|       |                             |                             | <input type="checkbox"/> 皮膚障害<br><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、<br><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、<br><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、<br><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、<br><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、<br><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、<br><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、<br><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、<br><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、<br><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、<br><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、<br><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、<br><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<br><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、<br><input type="checkbox"/> 治療を要すポリープ、 <input type="checkbox"/> 人工肛門、 <input type="checkbox"/> TPN、<br><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、<br><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、<br><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、<br><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）、<br><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、<br><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、<br><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、<br><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、<br><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、<br><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、<br><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・<br>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、<br><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、<br><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、<br><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、<br><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<br><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     | ( )   |