

## 事例フォーマット

氏名:	性別:	年齢:	体重:
主な病名及び既往歴:			
服薬中の薬:			
排泄状況	日中:		
	夜間:		
排泄で困っていること(本人・家族・スタッフ別に書く)			
ADLの状態		コミュニケーション	認知症の有無と症状
尿意の訴え			
便意の訴え			
トイレの認識ができるか			
移動の状態			
トイレ動作の状態			
排尿状態			
排便状態			