

患者氏名	男・女	生年月日	西暦	年	月	日	(歳)
身長	cm	体重	kg	TEL			
住所							

主病名及び既往歴	誤嚥性肺炎の既往 なし あり (ありの場合直近の発症日: 年 月 日)						
感染症	<input type="checkbox"/> 結核既往 <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA(部位) <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> その他の感染症 <input type="checkbox"/> いずれの感染症状態でもない ※当てはまる場合チェックしてください						
医療行為	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素 (ℓ) <input type="checkbox"/> 痰吸引 (回/日) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 身体拘束 部位: 手段: <input type="checkbox"/> インスリン 使用薬剤と投与量()						
褥瘡	部位: /大きさ: mm x mm /現在の処置:						
麻痺	部位:		意識	JCS			
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		自立度	I IIa IIb IIIa IIIb IV M			
栄養	<input type="checkbox"/> 経口 (自立【箸・スプーン】一部介助 全介助) 食形態・内容()						
	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 栄養剤名と量() 摂食機能評価(造影検査/内視鏡検査)の有無 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し						
	<input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈点滴 投与薬剤名と量()						

移動	<input type="checkbox"/> 歩行 (自力 見守り 杖 歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子 (移乗・自操可 一部介助 全介助) <input type="checkbox"/> 寝たきり (寝返り可 不可) 開眼 (自力 呼び掛けにて 痛みにて 無)						
座位	<input type="checkbox"/> 保持可 <input type="checkbox"/> 介助にて可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 拘縮(部位:)						
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> バルーン						
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 (自立 一部介助 全介助) <input type="checkbox"/> 機械浴 (リフト ストレッチャー)						
聴力	障害無 有 補聴器使用	義歯	有 無	視力	障害無 有 眼鏡使用		
疎通	発語 <input type="checkbox"/> 明瞭 <input type="checkbox"/> 不明瞭だが可 <input type="checkbox"/> 辻褄の合わない発言 <input type="checkbox"/> 単語のみ <input type="checkbox"/> 発声のみ <input type="checkbox"/> 困難 理解 <input type="checkbox"/> スムーズ <input type="checkbox"/> 短文は可 <input type="checkbox"/> 単語は可 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可						

家族状況	キーパーソン 名前:	続柄:	連絡先:
	家族構成		特記事項(関係性や経済状況等心配な点)
施設申込	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 申込先・待機状況等 施設名:	介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 有効期間
その他	貴院における退院期限(地域包括病棟などに入院中の場合) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(年 月 日迄)		
	ターミナルケアの説明と同意の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

記載日	西暦	年	月	日	記載者	
-----	----	---	---	---	-----	--