

| | | | | | | | | |
|------|-----|----|------|-----|---|---|---|------|
| 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 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|------|--|--|-----|--------------------------|--|--|--|--|
| 既往歴 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 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() | | | | | | | |
| | 経管栄養 <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 | 発語理解 <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 <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 | | |
|-----|----|---|---|---|-----|--|--|