

入院時 基本情報

Ver.1 2022/2/2

患者氏名					
		様			
緊急連絡先	例	北出 太郎	続柄：長男	同居・別居	TEL 090-1122-3344
	①		続柄：	同居・別居	TEL
	②		続柄：	同居・別居	TEL
	③		続柄：	同居・別居	TEL

今までに入院・手術・通院されたことがありますか。

病名	年齢	経過	病院名	現在の状況
		通院中・入院・手術		治癒・治療中・放置

かかりつけの病院はありますか。

- なし
- あり (病院名 _____)

今までにアレルギー症状を起こしたことがありますか。

- 薬 なし あり (内容 _____)
- 食品 なし あり (内容 _____)

煙草は吸われますか。

- 吸わない
- 吸う (_____ 本/日)
- 止めた (_____ 本/日 _____ 年間)

体内に金属を入れるような手術や処置をされていますか。(ペースメーカーやプレート、人工関節など)

- なし
- あり (内容 _____)

身体障害者手帳はお持ちですか。

- なし
- あり (等級 _____ 種 _____ 級 _____)
- 申請中

介護保険は申請されていますか。

なし

申請中

あり（要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）

利用されているサービスはありますか。

通所介護デイサービス（ ） 訪問介護ヘルパー（ ）

通所リハビリデイケア（ ） 訪問リハビリ（ ）

ショートステイ（ ） 訪問看護（ ）

施設入所（ ）

福祉用具貸与・購入（ ）

担当ケアマネージャーはどなたですか。

（担当者名 事業所 ）

今回の入院について

外来の医師からどのような説明を受けていますか。



普段の生活についてお伺いします。



		現状
食事	摂取動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	嚥下状態	<input type="checkbox"/> とろみあり <input type="checkbox"/> とろみなし <input type="checkbox"/> むせあり <input type="checkbox"/> むせなし
	形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 超刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ
	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (総義歯 ・ 部分義歯)
	調理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> その他 ()
排泄	排尿	1日 () 回 夜間排尿 () 回
		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル
	排便	<input type="checkbox"/> 毎日ある <input type="checkbox"/> () 日に1回
		<input type="checkbox"/> 下剤使用なし <input type="checkbox"/> 下剤使用あり <input type="checkbox"/> 浣腸使用あり
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> ストマ		
入浴	入浴方法	<input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> 清拭
	洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
更衣	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
移動	立ち上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
	移乗	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
	歩行	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
	屋内移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー
	屋外移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー
服薬	薬の管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (管理者)
睡眠	就寝時間	() 時頃
	起床時間	() 時頃
	睡眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
各種障害	視力障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (眼鏡・コンタクト・白内障・緑内障・その他)
	聴覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (補聴器 右/左/両方)
	運動機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (装具使用)
	言語障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり