

入院時患者情報

ID:

様 () 歳

記入者: 本人・家族 ()

○ご家族について (連絡先)

連絡する 順番	氏名	続柄	住所 別居の場合、カッコ内に住所を記入	職業	電話番号
			同居・別居 ()		
			同居・別居 ()		
			同居・別居 ()		
			同居・別居 ()		
			同居・別居 ()		
キーパーソン 治療方針など主にお話させて頂く方			様: 続柄 ()		

○介護保険について

介護認定は受けていない・介護保険申請中 (申請日: / / ・認定調査日: / /)
介護認定を受けている (下記もご記入お願いします)
介護度 (要支援 1 2 ・ 要介護 1 2 3 4 5)
担当ケアマネジャー (事業所: / / ・氏名: / /)
※利用されているサービス (利用している施設名や週〇回など回数も分かればカッコにご記入ください) <input type="checkbox"/> デイサービス (/ /) <input type="checkbox"/> デイケア (/ /) <input type="checkbox"/> ショートステイ (/ /) <input type="checkbox"/> ヘルパー (/ /) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (/ /) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ (/ /) <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル・購入 (/ /) <input type="checkbox"/> その他 (/ /)
※介護保険について不明な場合、病院担当者より行政機関に問い合わせさせて頂く場合があります。

○身体障害者手帳について

持っていない・申請中・持っている (等級 / 種 / 級)

○普段の生活について（分かる範囲でご記入ください）

食事	<p>主食： ご飯 ・ お粥 ・ パン ・ その他（ ）</p> <p>副食： 普通 ・ 柔らかめ ・ きざみ ・ ミキサー ・ その他（ ）</p> <p>調理者：（ ） とろみ： あり ・ なし</p> <p>むせ： あり ・ なし 入れ歯： あり（ 総 ・ 部分 ） ・ なし</p> <p>自分で食べる ・ 自分で食べるが手伝いが必要 ・ 全て介助で食べる</p>
排泄	<p><排尿> 回数： 1日（ ）回（うち夜間の回数：（ ）回）</p> <p><排便> 回数： 1日（ ）回（ 硬い便 ・ 普通便 ・ 軟便 ・ 下痢便 ）</p> <p>便の薬： 便を軟らかくする薬 ・ 下剤 ・ 座薬 ・ 浣腸 ・ （ ）</p> <p>最終排便日：（ / ）</p> <p>下着： パンツ ・ パンツタイプのオムツ ・ テープ止めのオムツ ・ パット使用</p> <p>尿もれ： あり ・ なし 便もれ： あり ・ なし</p> <p>場所： トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 尿瓶 ・ オムツ 尿カテーテル ・ 人工肛門</p> <p>自分でできる ・ 自分でできるが手伝いが必要 ・ 全て介助が必要</p>
清潔	<p>方法： 入浴 ・ シャワー浴 ・ 体を拭く 最終日：（ / ）</p> <p>自分でできる ・ 自分でできるが手伝いが必要 ・ 全て介助が必要</p>
移動	<p><屋内> 何も持たずに歩く ・ （ 杖 ・ 歩行器 ・ 車いす ）を使って移動する</p> <p><屋外> 何も持たずに歩く ・ （ 杖 ・ 歩行器 ・ 車いす ）を使って移動する</p> <p>その他（ ）</p>
睡眠	<p>睡眠時間：（ : ） ～ （ : ） 熟睡感： あり ・ なし</p> <p>睡眠剤の使用： あり（薬の名前： ） ・ なし</p>
内服	<p>飲み忘れ： あり ・ なし かかりつけ医：（ ）</p> <p>管理者：（ ） 管理方法：（ 一包化 ・ 配薬カレンダー ・ ）</p>

