

牛久愛和総合病院 患者情報用紙

該当する部分に○を付け、()内に記入して下さい。貴院で把握されている範囲でかまいません。

| | | | | | | |
|-------|------------------------------------|---------|---------------------|----|---|---|
| フリガナ | | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 | 年 | 月 | 日 |
| 患者氏名 | | 性別 | 男・女 | 年齢 | | 歳 |
| 住所 | 電話番号: | | | | | |
| 保険種別等 | 健保・国保・労災・特定疾患(難病)・マル福・限度額・生保 所得区分: | | | | | |
| 介護保険 | 無・申請中(/)・有() | 身体障害者手帳 | 無・申請中(/)・有(障害 級) | | | |

| | | | |
|---------------|--|--------|------|
| 家族状況 | | キーパーソン | 氏名: |
| | | | 続柄: |
| | | | 住所: |
| | | | 連絡先: |
| ※同居者を○で囲んで下さい | | 面会頻度 | |

| | |
|--------|--|
| 転院目的 | |
| 他院申込み先 | |

| | |
|---------------------|--|
| 食事 | 自立・見守り・一部介助・全介助 内容() 経口・胃瘻・経鼻栄養・点滴・中心静脈栄養 |
| 排泄 ※昼夜異なる場合は両方記載 | 自立・見守り・一部介助・全介助 尿意(有・無) 便意(有・無) トイレ・ポータブルトイレ・尿器・リハビリパンツ・オムツ・留置カテーテル・導尿・ストマ |
| 移動 | 自立・見守り・一部介助・全介助 車椅子・リクライニング車椅子・歩行器・杖・歩行 |
| 移乗 | 自立・見守り・一部介助・全介助 (人介助) |
| 更衣 | 自立・見守り・一部介助・全介助 |
| 入浴 | 自立・見守り・一部介助・全介助 機械浴・一般浴・シャワーのみ・清拭のみ |
| 身体状況 | 麻痺(無・有) 部位: 拘縮(無・有) 部位: 褥創(無・有) 部位: 大きさ: 深さ: |
| 認知面等の状況 | 認知症(無・有) HDS-R() JCS() コミュニケーション(可能・半可能・不可) 使用機器() 訴え(可能・半可能・不可) ナースコール(使用可能・使用不可能) |
| 問題行動 | ライン類抜去・離床・徘徊・車椅子立ち上り・オムツいじり・大声・介護抵抗・昼夜逆転・頻回なNsコール ミトン・四肢抑制(部位:)・体幹ベルト(床上時・車椅子乗車時) つなぎ服・その他() |
| 感染症 | MRSA: 有・無・未(痰・尿・便・その他) 緑膿菌: 有・無・未(痰・尿・便・その他) |
| 医療区分に関する医療行為 | 気管切開・酸素療法(L)・喀痰吸引(回/日)・血糖チェック(回/日)・人工呼吸器 |
| 延命治療の希望 | 人工呼吸器(希望有り・希望無し・未確認) 心臓マッサージ(希望有り・希望無し・未確認) |
| 実施しているリハビリ | 理学療法・作業療法・言語療法 RH継続希望(絶対に希望・できれば希望・希望無し・未確認) |

| | |
|-------|--|
| 自由記載欄 | ※援助進捗状況・気がかりな点・障害についての受容・経済問題等を記入してください。 |
| | |
| | |

※「血液検査データ」、「感染症データ」を添付してください。

※病状や患者情報に変化があった場合はご連絡下さい。

年 月 日 職種 氏名