

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	※同居者を○で囲んで下さい	キーパーソン	氏名:			
			続柄:			
			住所:			
			連絡先:			
		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	自立・見守り・一部介助・全介助 尿意(有・無) 便意(有・無) ※昼夜異なる場合は両方記載 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