

入院相談票

fax 0985-30-6677

フリガナ

患者氏名 _____ 男 ・ 女 _____ 歳 _____ 入院日 _____ 年 _____ 月 _____ 日～

診断名/既往 _____

【 生活保護 ・ 労災 ・ 指定難病 ・ 重心 ・ 原爆 ・ _____ 】

【 介護保険(未申請 ・ 申請中 ・ 認定済み(介護度 _____ /居宅 _____)) 】

寝返り	自立	見守り	一部介助	全介助
起き上がり	自立	見守り	一部介助	全介助
座位保持	可	見守り	一部介助	不可
立 位	可	見守り	一部介助	不可
移 乗	可	見守り	一部介助	全介助
移 動	独歩	見守り	一部介助	全介助 方法(杖・シルバーカー・歩行器・車いす・ストレッチャー)
排 泄	自立	見守り	一部介助	全介助 (トイレ ・ 尿器 ・ ポータブル ・ オムツ ・ リハビリパンツ ・ バルーンカテーテル) ・尿意 (無 有) ・便意 (無 有)
食 事	・経口 (主食形態 _____ 副食形態 _____) とろみ(無 ・ 有) 介助 (自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助) 禁忌・アレルギー(_____)			
入 浴	自立	見守り	一部介助	全介助
更 衣	自立	見守り	一部介助	全介助
睡 眠	良眠 ・ 不眠 ◇眠剤薬: 無 ・ 時々 ・ 常用(内容: _____)			
NSコール	可	不可		

意思疎通	良好	やや困難	困難
麻 痺	無	有 (左上肢 右上肢 左下肢 右下肢)	
視覚障害	支障なし	やや見にくい	殆ど見えない
聴覚障害	支障なし	やや難聴	難聴 □補聴器あり
言語障害	無	有 失語症(_____)	構音障害(_____)
	無	有 (日常生活自立度 I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M)	
認知機能	記憶障害・幻覚・妄想・昼夜逆転・見当識障害・暴言・暴力・徘徊・介護抵抗・興奮・その他(_____)		

◆感染症

無し 有(_____)

◆医療処置

☐経管(鼻腔 ・ 胃瘻 ・ 腸瘻 注入内容(_____))
☐点滴 ☐IVH ☐気管切開 ☐喀痰吸引(頻度 _____ 回/ _____)
☐酸素(_____ リットル) ☐インスリン(_____) ☐血糖測定(頻度 _____ 回/日)
☐ストマ処置 ☐導尿 ☐バルーン留置 ☐疼痛管理
☐褥瘡処置(部位 _____) ☐その他(_____)

