

地域包括ケア病棟転院患者情報シート

記載日
R. _____

入院日: _____

紹介元医療機関名: _____ 依頼元相談員担当者様: _____

フリガナ	性別	生年月日	年齢	家族構成
氏名		年 月 日	歳	
住所	〒 _____	電話番号	_____	
保険種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 前期高齢 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> その他() / 負担割合 <input type="checkbox"/> 割 福祉医療: <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 母子・父子 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 自立支援 限度額認定証区分			
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中() 申請日() 認定調査() 医見書提出日() <input type="checkbox"/> 認定済 介護度() 負担割合 <input type="checkbox"/> 割 ケアマネ _____ 事業所 _____			キーパーソン
	入院前の利用サービス			続柄

傷病名	既往歴	各種手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【 _____ 】等級 _____ 級
【現病歴】 発症日: _____ 手術日: _____		アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 感染症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
		身長 _____ cm 体重 _____ kg 測定日 R. _____ 測定日 R. _____
	かかりつけ	就労状況 _____ 就労内容 _____
		認知症 HDS-R: _____ 点/30点 MMSE: _____ 点/30点

意向	本人 <input type="checkbox"/> 復職希望 <input type="checkbox"/> 運転再開希望	家族 _____	社会的困難 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 経済的困窮 <input type="checkbox"/> 医療費未払い等
----	--	----------	---

身体 of 状況 (現在)

基本動作	歩行	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> つたい歩き (詳細: <input type="checkbox"/> 歩行不可)	医療処置	<input type="checkbox"/> NG <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 末梢点滴
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素投与(_____ L/min)
食事	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助	褥瘡	<input type="checkbox"/> 吸引(_____ 回/日) <input type="checkbox"/> 吸入(_____ 回/日)
	起居	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 導尿(_____ 回/日) <input type="checkbox"/> バルーン留置(_____ Fr)
	座位	<input type="checkbox"/> 端座位可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 座位保持困難		<input type="checkbox"/> ストマ
	立位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 支えれば可 <input type="checkbox"/> 立位保持困難		<input type="checkbox"/> 血糖測定(_____ 回/日)
排泄	摂取動作	<input type="checkbox"/> 自己摂取 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	障害	<input type="checkbox"/> インスリン注射(<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 眠前)
	摂取場所	<input type="checkbox"/> 椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> ベッド(G-up _____ 度)		<input type="checkbox"/> 創傷処置 内容: _____
	嚥下	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 不可		部位: _____
更衣	トロミ	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 (<input type="checkbox"/> 弱トロミ <input type="checkbox"/> 中トロミ <input type="checkbox"/> 強トロミ)	危険行動	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 内容: _____
	食形態	主食: _____ 副食: _____ カロリー: _____ Kcal 摂取状況: (_____ / _____)		部位: _____
	排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 言語障害 (<input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 構音障害)
	尿意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> バルーン留置 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 導尿		<input type="checkbox"/> 麻痺(<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢)
清潔	便意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 人工肛門	その他	<input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害
	昼間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ		<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害(_____)
	夜間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容: _____
その他			抑制・センサーなど: _____	
			意志疎通: <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 不可能	
			指示動作: <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 不可能	

その他 _____