

入院相談情報シート

フリガナ		性別	国保 ・ 社保 ・ 船員 ・ 共済 ・ 後期 ・ 生保
名前	様	男・女	大正 _____ 年 _____ 月 _____ 日 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 歳
現住所	〒 _____ TEL _____		
介護保険	無 ・ 有 (要支援1 ・ 2 / 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) ・ 申請中		
手帳	無 ・ 有 (_____) 手帳 (_____) 級		
家族構成	身長	_____ cm	体重 _____ kg
	病名		
	既往		
	認知症	認知症の診断： 無 ・ 有 (_____) 診断時期： _____ 診断された病院： _____	
キーパーソン：	続柄： _____		
認知症状	(徘徊 ・ 他室侵入 ・ 異食 ・ 声出し ・ 暴言 ・ 暴力 ・ 不潔行為 ・ 妄想 ・ 転倒転落のおそれ ・ 拒食 ・ 拒薬) (各項目について具体的に記入してください)		
A D L 等	移動	※身体拘束がない状態での様子をご記入ください 独歩 / 杖 / 歩行器 車椅子自操 / 車椅子介助 / 寝たきり (起き上がり：可・不可) (寝返り：可・不可)	
	排泄	トイレ / 尿器 / ポータブル / リハパン / オムツ / フォーレ	
	食事	自立 / 一部介助 / 全介助 / 絶食中	
		経管栄養 (経鼻 / 胃瘻 内容： _____ 総カロリー： _____ kcal 交換時期： _____)	
		主食 (常食 / 全粥 / ミキサー / ムース) 副食 (常食 / 荒刻み / 極刻み / ミキサー / ムース)	
		糖尿食 (_____ kcal) / 心臓食 / 肝臓食 / その他 (_____)	
		アレルギー (_____) 禁食 (_____) 摂取 (良好 / 不良)	
栄養状態：アルブミン値： (_____ 年 _____ 月 _____ 日) 義歯： 無 / 有 (_____)			
脱衣	自立 / 一部介助 / 全介助		
入浴	自立 / 一部介助 / 全介助 / 清拭 / 拒否 入浴習慣 (週 _____ 回)		
麻痺	無 ・ 有 (部位： _____) 右 ・ 左 : 軽 ・ 中 ・ 重		
拘縮	無 ・ 有 (部位： _____)		
皮膚疾患	褥瘡 : 無 ・ 有 (部位： _____) その他 (_____)		
身体拘束代替行為	胴 ・ 上肢 (右 ・ 左) ・ 下肢 (右 ・ 左) ・ 車椅子 (安全ベルト・抑制帯) その他 (_____) 身体拘束の理由： _____		
感染症	TPHA (+ : 検査材料： _____ ・ - ・ 未検) HBS (+ : 検査材料： _____ ・ - ・ 未検)		
	HCV (+ : 検査材料： _____ ・ - ・ 未検) MRSA (+ : 検査材料： _____ ・ - ・ 未検)		
	ESBL (+ : 検査材料： _____ ・ - ・ 未検) その他耐性菌等 (_____)		
	疥癬 / 結核の既往 (無 ・ 有：時期 _____ 年 _____ 月頃) → 喀痰飛沫検査 (+ ・ -)		
医療処置	点滴 : 無 ・ 有 (IVH ・ CV : 部位 _____ ・ 末梢) / 酸素療法 : 酸素 _____ ℓ ペースメーカー・ICD等 (植込日： _____ 年 _____ 月頃) 痰吸引： _____ 回/日		
意識レベル	JCS : I-1 ・ I-2 ・ I-3 ・ II-10 ・ II-20 ・ II-30 ・ III-100 ・ III-200 ・ III-300 GCS : 開眼： _____ 点 言語反応： _____ 点 運動反応： _____ 点 合計： _____ 点		
意思疎通	会話可能 / 会話に混乱有 / 単語のみ / 音声のみ / 発語なし		
精神科入院歴			
備考			