

# 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<br>昭和                    | 年   | 月  | 日 | 歳 |
| 現住所     | 〒 ー<br>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   | <b>診断名</b><br><input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症<br><input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 その他 ( )<br>認知機能検査：HDS-R； /30 MMSE； /30<br>診断時期：<br>診断された病院：   |                             |   |    |   |   |
| キーパーソン： | 続柄  |  |                             |   |    |   |   |
| 精神症状    | (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)<br>(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  | <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子： <input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助 (立ち上がり： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)<br><input type="checkbox"/> 寝たきり (起き上がり： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) (寝返り： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)   |                             |   |    |   |   |
|         | 排泄  | 日中： <input type="checkbox"/> トイレ(自立・介助) <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> フォーレ<br>夜間： <input type="checkbox"/> トイレ(自立・介助) <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> フォーレ   |                             |   |    |   |   |
|         | 食事  | <input type="checkbox"/> 経口摂取： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 絶食<br>主食 ( <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ムース ) 副食 ( <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み (荒・極) <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ムース )<br><input type="checkbox"/> 糖尿食 ( kcal ) <input type="checkbox"/> 心臓食 <input type="checkbox"/> 肝臓食 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 嚥下調整食分類 ( )<br>アレルギー ( ) 禁食 ( ) 摂取 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良<br><input type="checkbox"/> 点滴： <input type="checkbox"/> 末梢 ( <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> CV )<br>経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 内容： 総カロリー： kcal 交換時期： )<br>栄養状態：アルブミン値： ( 年 月 日 ) 義歯： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) |                             |   |    |   |   |
|         | 脱衣  | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助   |                             | 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 拒否 ( 回/週 ) |    |   |   |
|         | 身体状況  | <input type="checkbox"/> 麻痺 (部位： ) 右・左：軽・中・重<br><input type="checkbox"/> 拘縮 (部位： )<br><input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位： ) <input type="checkbox"/> その他 ( )  |                             |   |    |   |   |
|         | 身体拘束代替行為  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<br>ベッド： <input type="checkbox"/> 胴拘束 <input type="checkbox"/> 上肢(右・左) <input type="checkbox"/> 下肢(右・左)<br>車椅子： <input type="checkbox"/> 抑制帯 <input type="checkbox"/> 安全ベルト<br>その他： <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> つなぎ <input type="checkbox"/> 他 ( )<br>拘束理由：   |                             |   |    |   |   |
|         | 感染症   | TPHA ( + : 検査材料： . . . 未検 ) HBS ( + : 検査材料： . . . 未検 )<br>HCV ( + : 検査材料： . . . 未検 ) MRSA ( + : 検査材料： . . . 未検 )<br>ESBL ( + : 検査材料： . . . 未検 ) その他耐性菌等 ( )<br>疥癬 ( + . - ) / 結核の既往 ( + . - ) : 時期 年 月頃 → 喀痰飛沫検査 ( + . - )   |                             |   |    |   |   |
| 医療処置    | <input type="checkbox"/> 痰吸引： 回/日 <input type="checkbox"/> 酸素： ℓ <input type="checkbox"/> インスリン注射<br><input type="checkbox"/> ペースメーカー・ICD等：植込日 年 月頃 交換時期：           |  |                             |   |    |   |   |
| 意識レベル   | JCS：I-1 ・ I-2 ・ I-3 ・ II-10 ・ II-20 ・ II-30 ・ III-100 ・ III-200 ・ III-300<br>GCS：開眼： 点 言語反応： 点 運動反応： 点 合計： 点  |  |                             |   |    |   |   |
| 意思疎通    | <input type="checkbox"/> 会話可能 <input type="checkbox"/> 会話に混乱あり <input type="checkbox"/> 単語のみ <input type="checkbox"/> 音声のみ <input checked="" type="checkbox"/> 発語なし |  |                             |   |    |   |   |
| 精神科入院歴  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病院名： 入院形態： 入院期間： )   |  |                             |   |    |   |   |
| 備考      |   |  |                             |   |    |   |   |