

[入院時相談記録票] 記入例

記載日: 年 月 日

患者様	氏名	〇田〇男(虫食いで構いません) 様		【性別】	男・女	【生年月日】	T S H 〇〇年 〇月 〇日(〇〇)歳	
	住所	〒 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇				TEL		
連絡先	氏名	様	続柄	〇〇		自宅TEL		
	住所					緊急連絡先		
傷病名	可能な限り書いてください							
既往歴	可能な限り書いてください							
保険区分	社保(本人・家族)		国保(本人・家族)		後高		生保(CW)	
かかりつけ医	可能な限り書いてください					ケアマネージャー		
介護保険	支1・2 / 介1・2・3・4・5・申請中・未申請					サービス状況		
家屋状況								
【面談内容】						【家族構成】 ファミリーマップ		
身長	〇〇〇 cm		体重	〇〇 kg		(年 月 日現在)		
感染症	無・有(MRSA[検体:]・ワ氏・HCV・HBV・疥癬・TB・その他)							
アレルギー	無・有()							
食事(食事形態)	自立(セッティング)・要・不要・一部介助()・全介助・鼻注・胃瘻(最終交換日 / Fr)							
	主食: 米飯・軟飯・(全・分)粥				副食: 普通・軟菜・きざみ・ペースト 義歯(有・無)			
移動	独歩・杖・歩行器・介助歩行・車椅子(自走)・介助/移乗介助 要・不要・ストレッチャー							
麻痺	無・有(有) 上肢: 右・左 下肢: 右・左				拘縮	無・有(部位:)		
排泄	昼: トイレ(自立・介助)・ポータブル(自立・介助)・オムツ・バルーン・()				尿意: あり			
	夜: トイレ(自立・介助)・ポータブル(自立・介助)・オムツ・バルーン・()				便意: あり			
聴力	普通・やや難聴・難聴・不明			視力	普通・やや障害・障害・不明			
言語	普通・やや障害・障害・不明			理解力	正常・少し理解・やや障害・障害			
褥瘡	無・有(水疱・表皮剥離・潰瘍形成) 部位() 大きさ(×)							
入浴	自立・一部介助(シャワー浴)・全介助			更衣	自立・一部介助()・全介助			
睡眠	普通・不眠(服薬: 有・無)							
行動障害	無・有()							
その他	吸引 回/日 酸素 ℓ/min インシュリン 回/日							
	センサーマット等 無・有 身体拘束(4点柵・ミトン)の有無 転倒歴の有無 離棟歴の有無 などあれば記入してください							
障害高齢者の日常生活自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2							
認知症高齢者の日常生活自立度	無・I・II・Ia・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M							
リハビリ	未・実施(脳血管 運動器) () 疾患名: 〇〇〇 リース希望: 有・無・検討中							