

[入院時相談記録票]

記載日: 年 月 日

患者様	氏名	様		【性別】	【生年月日】	
	住所	〒		男・女	T S H 年 月 日()歳	
連絡先	氏名	様	続柄	自宅TEL		
	住所			緊急連絡先		
傷病名						
既往歴						
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				ケアマネジャー		
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】	
身長	cm		体重	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) 制限・注入内容等(Kcal) トロミ(要・不要)					
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(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・()		夜: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: 便意:	
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()・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					
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・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M					
リハビリ	未・実施(脳血管・運動器・() 疾患名: リース希望:有・無・検討中					

