［入院時相談記録票］

記載日:　　年　　月　　日

患者様	氏名	様	【性別】 男・女	【生年月日】 T S H 年 月 日(　　)歳	
	住所	〒		TEL	
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)			介護保険	支1・2／介1・2・3・4・5・申請中・未申請
かかりつけ医				ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ	
家屋状況				サービス状況	

【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(　　)		
床上安静の指示	なし　あり	口腔清潔	介助なし　介助あり
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる　できない	衣服の着脱	介助なし　一部介助　全介助
寝返り	できる　何かにつかまればできる　できない	起き上がり	できる　できない
他者への意思の伝達	できる　できない時とできる時がある　できない		
座位保持	できる　支えがあればできる　できない	診療・療養上の指示が通じる	はい　いいえ
移乗	介助なし　一部介助　全介助	危険行動	ない　ある
移動方法	介助を要しない移動　介助を要する移動(搬送を含む)		
食事 (食事形態)	自立(ｾｯﾃｨﾝｸﾞ　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・ﾍﾟｰｽﾄ　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　)・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: 有　無 便意: 有　無
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(水庖・表皮剥離・潰瘍形成)　部位(　　)　大きさ(　×　)		
入浴	自立・一部介助(　　)・全介助	睡眠	普通・不眠(服薬: 有　無)
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		

医療法人　幸生会　琵琶湖中央リハビリテーション病院