

しめい		男 ・ 女	住所	〒	
氏名					
生年月日	M・T・S 年 月 日 ( )歳				
保険種別	社会保険・国民保険・生活保護・労災・その他			電話 ( )	
診断名		年 月 日	感染症	MRSA ( )(部位 )	
		年 月 日		HCV ( )	
		年 月 日		梅毒 ( )	
		年 月 日		HbsAg ( )	
		年 月 日		その他	
		年 月 日			
		年 月 日			
合併症					
既往歴					
現病歴					
検査所見	ECG		胸部X-p		
転院時の病状・予後説明の内容					
社会情報	[諸手続き状況] <input type="checkbox"/> 介護保険 : 申請 (未・済) 認定(未・済→介護度 ) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳: 無・有( )級(障害区分 ) [家族状況] <input type="checkbox"/> 入院前: 独居・同居(続柄 ) (窓口となる家族:無・有 続柄 )				
服薬内容					

身長:	体重:	褥瘡:有・無(部位	気切:有・無
該当する欄に○をご記入下さい			
日常生活動作	介助量		備考
	座位保持	自立・一部介助・全介助・不可能	
	移乗動作	自立・一部介助・全介助・不可能	
	歩行動作	自立・一部介助・全介助・不可能	
	更衣・洗面	自立・一部介助・全介助・不可能	
	食事	自立・一部介助・全介助・不可能	
		食事区分:常食・粥( ) 流動食・治療食( )	
		経管栄養・胃瘻・腸瘻・点滴・IVH・その他( )	
		*経管栄養投与内容( )	
	嚥下障害:有・無( )		
排尿	自立・一部介助・全介助・不可能		
	状態:オムツ・トイレ・ポータブルトイレ・尿器・留置カテーテル・導尿		
	尿意:有・無 尿失禁:有・無		
排便	自立・一部介助・全介助・不可能		
	状態:オムツ・トイレ・ポータブルトイレ・人工肛門・腸瘻		
	便意:有・無 便失禁:有・無		
コミュニケーション	理解状況:良好 やや困難 困難	発語状況:良好 やや困難 困難	
精神状態	意識障害:有・無( ) 認知症:有・無( )		
	精神障害:有・無( ) 徘徊:有・無( )		
	夜間せん妄:有・無( ) その他( )		
	監視・抑制:つなぎ服・ミトン・W/Cベルト・センサーマット・ベッド・体幹抑制		
*有の場合は( )内に状況を簡単にご記入下さい			
療養上の問題点	易怒性:有・無( ) 暴力行為:有・無( )		
	奇声:有・無( ) 不潔行為:有・無( )		
	難聴:有・無( ) 視力障害:有・無( )		
	転倒歴:有・無( ) その他( )		
	備考:		
*有の場合は( )内に状況を簡単にご記入下さい			
記載日 平成 年 月 日			
主治医 _____			
病院住所 _____			
病院名 _____			
電話番号 _____			
FAX番号 _____			