

入院相談票

【けいめい記念病院・ひまわり】 地域連携センター宛

fax 0985-30-6677

フリガナ 患者氏名		男・女	入院日	年	月	日～
<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 重心 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> その他()						
介護保険 <input type="checkbox"/> 未申請 介護度(/居宅)						
診断名/既往			家族構成 (キーパーソン:)			
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	家族 連絡先	①	様 続柄		
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		電話			
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		②	様 続柄		
立位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		電話			
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		③	様 続柄		
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		電話			
移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす(自操 可・不可) <input type="checkbox"/> ストレッチャー					
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ・便意【有・無】 ・尿意【有・無】 日中【普通トイレ・尿器・ポータブル・バルーンカテーテル】【オムツ・リハビリパンツ・布パンツ】 夜間【普通トイレ・尿器・ポータブル・バルーンカテーテル】【オムツ・リハビリパンツ・布パンツ】					
食事	【主食形態: 副食形態: / 治療食() / () kcal】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ・とろみ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ・義歯 <input type="checkbox"/> 総義歯 部分(<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下) <input type="checkbox"/> 無					
アレルギー	・薬: <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無 ・食事: <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無					
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施					
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
睡眠	【良眠・不眠】 ◇眠剤薬:【無・時々・常用(内容:)】					
身体拘束	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> あり()					
意思疎通	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難					
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【左上肢 右上肢 左下肢 右下肢】					
視覚障害	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> やや見にくい <input type="checkbox"/> 殆ど見えない					
聴覚障害	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴】 ・補聴器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 失語症() 構音障害()					
認知機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【日常生活自立度 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M】 【記憶障害・幻覚・妄想・昼夜逆転・見当識障害・暴言・暴力・徘徊・介護抵抗・興奮・不潔行為・その他()】					

◆感染症 無 有(HB・HCV・MRSA・TPHA・その他)

◆医療処置

経管(鼻腔・胃瘻・腸瘻 注入内容())

点滴 IVH 気管切開 喀痰吸引(頻度 回/)

酸素(濃度) インスリン() 血糖測定(頻度 回/日)

ストマ処置 導尿 バルーン留置 疼痛管理

褥瘡処置(部位) その他()