

患者基本情報書

フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成
患者氏名	様 (男・女)		年 月 日(歳)
住所 〒		退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()
連絡先①	様(続柄)	電話番号：	
連絡先②	様(続柄)	電話番号：	
連絡先③	様(続柄)	電話番号：	
希望入院期間〔R 年 月 日～R 年 月 日〕			部屋希望： <input type="checkbox"/> 個室
<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者		限度額〔 〕	マル福〔 有 ・ 無 〕
【要介護認定】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有		【利用サービス】 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	
(要支援1・2) (要介護1・2・3・4・5)		<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具	
ケアマネジャー	事業所名：		
	担当者：	電話番号：	
医療機関名	医師名：		
病名			
処方薬	※お薬手帳参照		
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
医療処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻) (Fr) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 (L/分) <input type="checkbox"/> 気管切開		
	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (回/日) <input type="checkbox"/> 点滴(末梢・CV・PICC・ポート)		
	<input type="checkbox"/> インスリン () <input type="checkbox"/> 血糖測定 (回/日)		
	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (部位：)(大きさ：)(深さ：)(処置内容：)		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり/とろみ 無・有(状)		
	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> その他 () 【摂取割合 割】		
	<input type="checkbox"/> 経管栄養(内容：)		
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器(自立・介助) <input type="checkbox"/> 車椅子(自立・介助) <input type="checkbox"/> リクライニング式車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
排泄	排泄介助(あり・なし)		
	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル (Fr)		
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> ナースコール使用(可・不可)		
	<input type="checkbox"/> 会話ができる <input type="checkbox"/> 簡単なやりとりはできる <input type="checkbox"/> できない		
精神状態	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 夜間不眠 <input type="checkbox"/> 問題行動など ()		
その他	アレルギー(食品： 無・有 /薬品： 無・有)		
	喫煙歴(無 ・ 有 : 本/日、 年間)		
備考			
※万一の時の対応について話し合われている場合は共有内容も記載してください。			