



患者様情報シート

鶴田病院 地域医療相談室行き TEL0983-42-3711

FAX0983-42-1148

紹介病院

担当者

氏名	カガナ	年齢	性別
		歳	男・女
住所			
独居同居	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居あり <input type="checkbox"/> 配偶者あり <input type="checkbox"/> 配偶者なし キーパース【 】続柄【 】		
介護保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 要支援【 】 要介護【 】 ケアマネジャー【 】		
手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 身体【 】 <input type="checkbox"/> 療育【 】 <input type="checkbox"/> 精神【 】		
家族連絡先	氏名【 】続柄【 】電話番号【 】		
	氏名【 】続柄【 】電話番号【 】		
退院後希望	本人:		
	----- 家族:		

入院日	年 月 日
算定期間	日 (月 日 時点)
診断名	
発症日	年 月 日 リハビリ開始日 年 月 日
障害名	
医療処置	<input type="checkbox"/> 経管【 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻】 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> モニター <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 褥瘡【 】 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 注射【 】 <input type="checkbox"/> インスリン注射【 】 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 吸引【1日 回】
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 部位【 】
認知周辺症状	<input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他【 】
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
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
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
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
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
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 【 <input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助】
身体拘束	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他【 】
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 車椅子浴 <input type="checkbox"/> 清拭
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
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
食事形態	主食：形態【 】 副食：形態【 】 その他：【 】
排泄	日中： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> はくパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> その他()
	夜間： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> はくパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> その他()
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能 備考【 】
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能 備考【 】
意思伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> できない
備考	【 】