

患者情報シート(2) 地域連携用

患者氏名		生年月日	(歳)
------	--	------	------

記入年月日: 平成____年____月____日 記入者職種: _____ 氏名 _____ 印

身体機能および日常生活動作(ADL)

身長	cm		体重	kg
視力	眼鏡・コンタクト: (無 ・ 有)	見える ・ 大きい字なら見える ・ 殆ど見えない ・ 見えない		
聴力	補聴器: (無 ・ 有)	聞こえる ・ 大きい声なら聞こえる ・ 殆ど聞こえない ・ 聞こえない		
褥瘡	無 ・ 有 (部位: _____ 処置法: _____)			
移動	つえ ・ シルバーカー ・ 歩行器 ・ 車椅子		自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
起居動作	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 全介助		移乗動作	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
排泄	失禁: 無 ・ 有		オムツ使用	無 ・ 有
排尿	尿意: 無 ・ 有	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ		自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
	バルーン留置: 無 ・ 有			
排便:	便意: 無 ・ 有	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ		自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
	下剤の使用: 無 ・ 有 (<input type="checkbox"/> 下剤 <input type="checkbox"/> 坐薬 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> その他)			
食事	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具		自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
食形態	主食	米飯 ・ 全粥 ・ ()粥 ・ その他()		
	水分	普通の飲み物 ・ ゼリー ・ とろみ (状態:)		
	副食	加工なし ・ きざみ (2~3cm 角 ・ 1~1.5cm 角 ・ 0.5cm 角程度) ペースト状 ・ その他() とろみ: 無 ・ 有		
歯磨き	自立 ・ 見守り 一部介助 ・ 全介助		入れ歯: 無 ・ 有	口腔内衛生状態: 良 ・ 悪
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴 <input type="checkbox"/> シャワーのみ <input type="checkbox"/> 清拭のみ		自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
更衣	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		整容	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
意思疎通	失語症: 無 ・ 有		構音障害: 無 ・ 有	表現理解:
問題行動	無 有	<input type="checkbox"/> 精神症状 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 頻回のコール <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 転倒転落 <input type="checkbox"/> 自己抜去 <input type="checkbox"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> その他 ()		
		抑制: 無 ・ 有 (方法:)		
備考欄	家族への退院指導: 有 ・ 無 理解度: 良好 ・ 多少不安が残る 指導内容等			

ソーシャルワーク

<p>保険種別</p>	<p><input type="checkbox"/>国保（本人・家族） <input type="checkbox"/>社保（本人・家族） <input type="checkbox"/>国保高齢（1割、2割、3割） 非課税減額 _____ <input type="checkbox"/>後期高齢（1割、3割） <input type="checkbox"/>障害（食のみ） <input type="checkbox"/>難病 <input type="checkbox"/>原爆 <input type="checkbox"/>乳 <input type="checkbox"/>子 <input type="checkbox"/>親 <input type="checkbox"/>生保(_____福祉事務所 TEL _____ 担当_____)</p>	
<p>障害者手帳</p>	<p>無・有 (<input type="checkbox"/>身体 <input type="checkbox"/>知的 <input type="checkbox"/>精神 部位____、____種____級・度 _____年交付)</p>	
<p>介護保険</p>	<p>無・有 (要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5)</p>	
<p>かかりつけ医</p>	<p>無・有 (_____先生: _____病院・医院・診療所(_____科)</p>	
<p>ケアマネジャー</p>	<p>無・有 (氏名: _____ 事業所名: _____)</p>	
<p>その他の社会資源利用</p>	<p>無・有 (_____)</p>	
<p>主たる意思決定者</p>	<p>本人・本人以外(氏名: _____ 続柄: _____)</p>	
<p>家族構成図</p>	<p style="text-align: right;">男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 本人は <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> 主たる介護者に◎ 居住(_____)</p>	
<p>患者、家族の希望 (可能なら本人、家族が直接記入)</p>	<p>本人: ----- ----- 家族: ----- -----</p>	
<p>家屋状況</p>	<p>一戸建て 集合住宅 (_____階建ての _____階に居住)・エレベーター: 無・有 <input type="checkbox"/>持ち家 <input type="checkbox"/>賃貸 <input type="checkbox"/>その他 家屋の改修の必要性: 無・有</p>	
<p>備考欄 (療養計画等)</p>		
<p>同意確認</p>	<p>地域連携パスとしての使用: 可・不可</p>	<p>本人: _____ 印 家族代表: _____ 印</p>