

入院時情報シート

ふりがな		生年月日	西暦	年	月	日
氏名		年齢				才

緊急時の連絡先

連絡先①	氏名:	(続柄)	電話番号:	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
連絡先②	氏名:	(続柄)	電話番号:	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
連絡先③	氏名:	(続柄)	電話番号:	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居

基礎情報

職業	現在	過去
嗜好	アルコール	<input type="checkbox"/> 飲酒しない <input type="checkbox"/> 機会飲酒 <input type="checkbox"/> 毎日飲酒(量: 種類:)
	喫煙	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 過去に喫煙歴あり (本× 年間)
趣味		
家族構成	<input type="checkbox"/> 同居家族あり____人(自分以外) <input type="checkbox"/> 1人暮らし	構成:
介護保険	<input type="checkbox"/> 65歳以下の対象外 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 事業対象者 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	居宅介護支援事業所: 担当ケアマネジャー: 利用サービス:デイサービス デイケア 訪問看護 訪問介護 訪問リハビリ ショートステイ 小規模多機能 福祉用具
特定疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名:)	障害者手帳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(等級)
予防接種	<input type="checkbox"/> コナワクチン <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 5回済 <input type="checkbox"/> 4回済 <input type="checkbox"/> 3回済 <input type="checkbox"/> 2回済 <input type="checkbox"/> 1回済 最終接種日:R 年 月 日 <input type="checkbox"/> インフルエンザワクチン <input type="checkbox"/> 今年度未接種 <input type="checkbox"/> 今年度接種済	
治療に対する意向	ドナーカード(臓器提供の意思表示) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり その他:	

入退院

入院生活でのご要望	本人 家族(続柄:)
入院前から困っていること	本人 家族(続柄:)
退院の際に心配なこと	本人 家族(続柄:)
退院先の希望	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院前利用の施設 <input type="checkbox"/> 新規施設調整希望 <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> その他:
主介護者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 続柄: 氏名: <input type="checkbox"/> 今後に対する不安なし <input type="checkbox"/> 不安があるが相談者あり <input type="checkbox"/> 不安あり相談者がいない

生活環境

生活場所	<input type="checkbox"/> 一軒家 <input type="checkbox"/> アパートマンションなどの集合住宅(階)エレベーター <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 施設(施設名:)
生活スペース	<input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階以上階段昇降必要あり <input type="checkbox"/> 階段昇降必要なし
トイレ	<input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式
ベッド	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない

最終排便	月 日 薬でのコントロール必要 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
アレルギー	食物 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() 薬剤 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()

日常生活にお手伝い必要な方のみ記載

入院前の身体状況

麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度(生活に支障なし) <input type="checkbox"/> 中度(見守りや支えるなどの支援必要) <input type="checkbox"/> 重度(全介助)
視力障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 眼鏡使用あり
聴力障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 補聴器使用あり
飲み込みの力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる
義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 総義歯上下 <input type="checkbox"/> 部分うえ <input type="checkbox"/> 部分した
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
食事内容	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー
排泄方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 幻覚 妄想 混乱 昼夜逆転 介護抵抗 興奮 徘徊 危険行動
睡眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
服薬管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設職員やサービススタッフ <input type="checkbox"/> その他()
服薬状況	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れ多い <input type="checkbox"/> 拒否

医療管理

入院前から実施している医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 下記のあてはまる項目に○をお願いします。
	点滴 酸素吸入 喀痰吸引 気管切開 胃ろう 経鼻栄養 褥瘡 尿道カテーテル 尿路ストマー 消化管ストマー 痛みのコントロール 排便コントロール 自己注射

かかりつけ医について

医療機関名	受診方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診察
	診察頻度	()回/月
医療機関名	受診方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診察
	診察頻度	()回/月
医療機関名	受診方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診察
	診察頻度	()回/月