

入院相談受付表(回復期・障害・療養・緩和)

記入者

日付		備考
紹介元		
担当		

名前		生年月日 T・S・H	年	月	日	歳	男	女
----	--	------------	---	---	---	---	---	---

医療情報	疾患名		発症日		入院日		
	既往歴		手術日		入棟期限		
	病気の理解	本人 告知済・未告知	家族 告知済・未告知				
	点滴・IVH	無・有	アレルギー	無・有			
	気管切開	無・有()	感染症	無・有	MRSA	HCV	HBV
	人工呼吸器	無・有		梅毒 その他()			
	酸素	無・有()	褥瘡	無・有			
	吸引・吸入	無・有(回/日)		部位()			
インスリン	無・有()	大きさ		×	ポケット	無・有	

心身状況	意識障害	無・有	JCS: I-1・2・3 II-10・20・30 III-100・200・300	
	認知症状	無・有	記憶障害・大声・昼夜逆転・不潔行為・徘徊・その他()	
	精神症状	無・有	鬱・統合失調・被害妄想・幻覚/幻視・その他()	
	高次脳機能	無・有		
	意志疎通	可・不可	ナースコール: 押せる・押せない・押さない	
	麻痺	無・有	部位()	拘縮 無・有 部位()
	言語障害	無・有(失語症・構音障害・発語不能)	視力障害	無・有(右・左 メガネ使用)
	聴力障害	無・有(右・左 補聴器使用)	身体拘束	無・有()

ADL状況	歩行	可(独歩・杖・歩行器) 不可	車椅子操作	自立・部分介助・全介助
	立位	可・不可	移乗	自立・部分介助・全介助
	座位	可・不可	更衣	自立・部分介助・全介助
	寝返り	自立・部分介助・全介助	整容	自立・部分介助・全介助
	起き上がり	自立・部分介助・全介助	入浴	一般浴・シャワー浴・機械浴・清拭
	排泄	自立・部分介助・全介助	便尿意	無・有
	食事	自立・部分介助・全介助・経管栄養(胃瘻・鼻腔) 不可 食形態 / 制限 (/kcal)		
	嚥下障害	無・有	身長	cm
	リハビリ	PT・OT・ST・未介入	体重	kg

社会的状況	医療保険		身障手帳	無・有(種 級)
	介護保険	無・有()	特定疾患	無・有()
	生活保護	無・有()	年金	無・有()
	<家族構成>			主介護者
				連絡先 ①
				②
			住所	
			方向性	