

あがの市民病院

情報シート

令和 年 月 日

フリガナ 氏名	様 男・女 M・T・S・H 年 月 日(歳)			
住所	〒	電話	() -	
入院前 の状態	状態: かかりつけ医: 介護保険: 無・申請中・有() ケアマネ: サービス:	家族構成	キーパーソン(続柄)	
リハビリ 状況、 退院後 の希望	リハビリ: <input type="checkbox"/> PT・ <input type="checkbox"/> OT・ <input type="checkbox"/> ST 内容() ゴール目標() 退院後の希望: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設入所() <input type="checkbox"/> その他() 自宅受入れ可能な状態()			
医療 処置	喀痰吸引 点滴 その他 ()	有(頻度:)・無 有(内容:)・無	酸素 褥瘡 有(流量:)・無 有(部位:)・無	
身体 状態	麻痺	有(部位:)・無	失語	有()・無
	寝返り	自立・つかまれば可・一部介助・全介助	起き上がり	自立・つかまれば可・一部介助・全介助
	立ち上がり	自立・つかまれば可・一部介助・全介助	座位保持	自立・つかまれば可・一部介助・全介助
	立位保持	自立・つかまれば可・一部介助・全介助	移乗	自立・つかまれば可・一部介助・全介助
	食事	自立・見守り一部介助・全介助 経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう)	食形態	常食・粥食・きざみ・軟菜・ミキサー
	意志疎通	日常会話・簡単な会話・はい/いいえ・うなづき・文字盤()・できない		
	移動	独歩・歩行器・杖・いざり・車いす・リクライニング・ストレッチャー(自立・見守り・一部介助・全介助)		
	嚥下	可能・見守り・困難(トロミ有・無)		
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助 尿意・便意(有・時々・無) (トイレ・尿器・ポータブルトイレ・リハパンツ・オムツ・フォーレ留置)		
	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助(一般浴・介助浴・チェア浴・特殊浴槽)		
更衣	自立・見守り・一部介助・全介助			
感染症	HBs抗原 (年 月 日) HCV抗体 (年 月 日) MRSA (年 月 日)	HBs抗体 (年 月 日) HIV抗体 (年 月 日) 梅毒反応 ワ氏 TPHA (年 月 日)		
精神 状態	物忘れ・昼夜逆転・夜間不穏・独語・大声・徘徊・妄想・幻覚・暴言/暴行・不潔行為 転倒/転落・自傷行為・その他() 認知: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 抑制: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()			
備考	<input type="checkbox"/> 大部屋希望 <input type="checkbox"/> 個室希望			

記入担当者

所属