

# 小千谷総合病院入院希望患者情報

依頼日 年 月 日

|           |             |                |  |
|-----------|-------------|----------------|--|
| フリガナ      |             | 住所             |  |
| ( 歳)      |             | 電話             |  |
| 生年月日      | M・T・S 年 月 日 | 保険情報           | 県障・特疾・生保・その他( )                            |
| 現在の医療機関   | 病院 科        | 入院 年 月 日～      |  |
| 病名(発症年月日) |             | 既往歴            |  |
| 内服        |             |                |  |
| 医療処置      | 褥瘡          | 無              | 有(部位: 処置内容: )                              |
|           | 皮膚処置        | 無              | 有(部位: 処置内容: )                              |
|           | 吸引          | 無              | 有( 回/日)                                    |
|           | その他         | 無              | 有(インシュリン注射 回/日)(酸素 /L)(血糖測定 回/日)<br>(その他 ) |
| 感染症       | MRSA        | 無              | 有(部位 ) 未検査                                 |
|           | その他         | 無              | 有( )                                       |
| リハビリテーション | 無           | 有(起算日 ) (疾患別 ) |  |

## 家族状況

|                    |    |              |      |
|--------------------|----|--------------|------|
| 主介護者               | 続柄 | 連絡先(自宅・勤務先等) | 家族構成 |
|                    |    |              |      |
| 今後の本人・家族の意向(療養期間等) |    |              |      |

|          |                                   |              |                   |               |            |      |  |
|----------|-----------------------------------|--------------|-------------------|---------------|------------|------|--|
| ADL      | 移動                                | 歩行(自立・介助)    |                   | 車椅子(自立・介助)    |            | 寝たきり |  |
|          |                                   | 歩行補助具の使用     |                   | 無             | 有( )       |      |  |
|          | 食事                                | 介助           | 自立                | 食事形態( )       |            |      |  |
|          |                                   | 経管栄養(経鼻・胃ろう) |                   |               | 摂食・嚥下障害の評価 |      |  |
|          | 入浴                                | 自立           | 介助浴               | 特浴            | 清拭         |      |  |
|          |                                   | 自立           |                   | トイレ(自立・介助)    |            | オムツ  |  |
|          | 排泄                                | フォーレ         | 無                 | 有(留置理由又は診断: ) |            |      |  |
|          |                                   | 意思疎通         |                   | できる           | 少しできる      | できない |  |
|          | 会話                                | できる          |                   | 少しできる         | できない       |      |  |
|          | 視覚                                | 充分見える        |                   | なんとか見える       | 見えない       |      |  |
|          | 聴覚                                | 充分聞こえる       |                   | なんとか聞こえる      | 聞こえない      |      |  |
|          |                                   | 補聴器          | 無                 | 有             |            |      |  |
|          | 麻痺拘縮                              | 無            | 有( )              |               |            |      |  |
|          | 認知症                               | 無            | 有(症状や行動面で対応している事) |               |            |      |  |
| 日常生活自立度  | J(1・2) A(1・2) B(1・2) C(1・2)       |              |                   |               |            |      |  |
| JCS      | 0 I II(10・20・30) III(100・200・300) |              |                   |               |            |      |  |
| 介護保険申請   | 未申請                               | 申請中          | 変更中               | 有(要支援・要介護)    |            |      |  |
| ケアマネジャー  | 無                                 | 有( )         |                   |               |            |      |  |
| 施設入所申し込み | 未                                 | 済( )         |                   |               |            |      |  |

## 特記

医療機関:

記載者: