

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) (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: