

# 患者基本情報

記入日：令和 年 月 日

ふりがな 利用者名		性 別	生年月日	年 齢
		男・女		歳
住 所				
電話番号				
保険種別	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> マル福 <input type="checkbox"/> 特定疾患受給者証 <input type="checkbox"/> 生活保護			
入院目的	<input type="checkbox"/> リハビリ継続 <input type="checkbox"/> サービス調整 <input type="checkbox"/> 療養 <input type="checkbox"/> レスパイトケア <input type="checkbox"/> その他：			
希望する 入院期間	( )日間 <small>※地域包括ケア病棟の入院期間は最大 60 日までとなります。</small>			

## <診療状況>

障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
かかりつけ医	
現病歴・既往歴	

## <ADL 状況>

食 事	形 態： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 介助量： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
移 動	<input type="checkbox"/> 歩行(歩行補助具： ) <input type="checkbox"/> 普通型車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング型車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
整 容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助	
排 泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ 介助量： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助	
更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助	

## 患者基本情報

入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 入浴無(サービス利用)	
意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 時々可能 <input type="checkbox"/> 困難	
認知症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <small>※暴言や暴力・徘徊行動など周辺症状がある場合は、右記に記入して下さい。</small>	
医療処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <small>※有の場合、下記項目にチェックして下さい。</small> <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素(   L) <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他：	

### <家族状況・介護保険状況>

家族構成	<small>※同居を○で囲んで下さい。</small>	キーパーソン・主介護者
介護保険	<input type="checkbox"/> 要支援 1 <input type="checkbox"/> 要支援 2 <input type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 要介護 2 <input type="checkbox"/> 要介護 3 <input type="checkbox"/> 要介護 4 <input type="checkbox"/> 要介護 5  担当ケアマネージャー 事業所名： 担当者名：	
	<small>※利用しているサービスにチェックして下さい。</small>  <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	