

# 患者情報

年 月 日

氏名	フリガナ 様	男・女	生年月日	歳
			年 月 日	
要介護度	要介護( )・申請中・区分変更中	有効期間	年 月 日～年 月 日	
住所				家族
現在の居場所				
保険の種類	後期高齢・国保・社保・生保・( )			
障の受給者証 (障害者受給者証)	ある__種__級・なし	特定疾患医療受給者証 ある・なし	同居○で囲む 男→□ 女→○ 本人→○ 死亡→●	
病名				

## ADL状況

食事・栄養	摂取方法		形態
	PEG(造設日 )・経鼻・CVポート・IVH		
排泄	自力・半介助・全介助・おむつ・バルン		
移動	自力・半介助・全介助・寝たきり		
褥瘡	なし・あり	〔部位	大きさ DESIGN-R〕
コミュニケーション	意思疎通 理解力		
リハビリ	してない・している	〔 〕	
痰	なし・あり	〔吸引〕	気切
問題行動	なし・あり	〔抑制〕	なし・あり

## その他

入院相談に 来れる方	キーパーソン TEL	
経過及び転院理由		
備考	身長 cm	体重 kg