

患者情報

年 月 日

| | | | | | |
|---------------------|------------------|------|--------------|--------------|---|
| 氏 名 | フリガナ | | 男・女 | 生年月日 | 歳 |
| | 様 | | | 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 | | | | | |
| ④の受給者証 (障害者受給者証) | | | | | |
| 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 | なし・あり | |
| 問題行動 | なし・あり〔 抑制 〕 | | | |

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 |