

入院情報シート

--	--

患者氏名		男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日(歳)	
病名				入院日	年	月	日	
既往歴				発症日	年	月	日	
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		家族構成	キーパーソン				
介護保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 申請中		身障手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 申請中				
居宅 事業所			担当 ケアマネ					
現病歴			内服薬					
日常生活 自立度	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		認知症老 人自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
身体状況	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他()					
	言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 失語症() <input type="checkbox"/> 構音障害					
	視覚障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> やや見にくい <input type="checkbox"/> ほとんど見えない					
	聴覚障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 普通の声がやっと聞き取れる <input type="checkbox"/> かなり大きい声で聞き取れる <input type="checkbox"/> 聞こえない					
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 ※抑制の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> その他()					
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難(失語症・構音障害・認知症・その他)						
医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 酸素() <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 創処置(<input type="checkbox"/> 褥創 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> インスリン注射() <input type="checkbox"/> 導尿() <input type="checkbox"/> ストーマ() <input type="checkbox"/> その他()							
日常生活 の状況	現在の状況			入院前の状況				
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 食種()			<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 食種()			
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> P-トイレ <input type="checkbox"/> Ba 留置() 尿・便意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> P-トイレ <input type="checkbox"/> Ba 留置() 尿・便意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子			<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子			
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助() <input type="checkbox"/> 不可			<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助() <input type="checkbox"/> 不可			
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助			<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助			
備 考	<主病名以外で治療中の疾患名等>							