

患者基本情報

患者氏名：

身長：

cm

 体重：

kg

以下について、分かる範囲で結構ですのご記入ください。

緊急連絡先 連絡先は必ず2件ご記入ください。

基本 ①		氏名	続柄	電話番号		住所	所要時間
	キーパーソン	フリガナ		自宅			分
				携帯			
	②	フリガナ		自宅			分
				携帯			

障害 情報	身体障害者手帳をお持ちですか？ なし・あり（等級： 級 種類： ）	
	視力障害： なし・あり（ ）	言語障害： なし・あり（ ）
	聴覚障害： なし・あり（ ）	認知障害： なし・あり（ ）
	運動障害： なし・あり（ ）	その他障害： なし・あり（ ）

連携・ 介護	介護保険を利用していますか？ いいえ・申請中（ 月 日に申請済み） はい（要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5）	
	事業所名：	フリガナ
	電話番号：	ケアマネジャー名：
	介護サービス内容：	

今までにかかったことがあるケガや病気についてご記入ください

病歴	いつ	病名	治療内容	病院名
	年			
	年			
	年			
	年			
	年			
	年			
	褥瘡： なし・あり（仙骨部・腸骨部・坐骨部・大転子部・踵部・その他： ）			
	放射線治療を受けたことはありますか？ いいえ・はい（いつ： 年 部位： ）			

血液	輸血を受けたことはありますか？ いいえ・はい（いつ： 年 種類： ）
----	---

アレルギー	薬剤アレルギー： なし・あり（ ）	食物アレルギー： なし・あり（ ）
	造影剤アレルギー： なし・あり（ ）	その他アレルギー： なし・あり（ ）

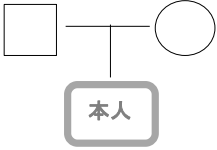
生活 習慣	飲酒歴： なし・不明・あり（頻度： 回/週 何をどれくらい： ）	
	喫煙歴： なし・不明・あり（本数： 本/日 喫煙歴： 年間）やめた（ 歳頃にやめた）	
	排尿回数： 1日に（ ）回 （そのうち、夜間の排尿回数： 回）	
	排便回数：（ ）日に（ ）回	最終排便： 月 日

排泄 ① 1	尿道カテーテル：なし・あり（Fr / ゴム・シリコン / 最終交換日：月 日）	
	腎ろう：なし・あり（Fr / 最終交換日：月 日）	
	ウロストミー：なし・あり	消化管ストーマ：なし・あり

入院時のセルフケア能力(該当する箇所には○をつけてください)

		食事	移動	洗面	トイレ	入浴	歩行	更衣
活動 ① 動 1 / 2 休 息	1人で出来る							
	手伝いが必要							
	全て介助が必要							

家族構成（祖父母から孫までの2親等をご記入ください）

家族 構 成	祖父母：死亡・生存（同居・別居）	
	父：死亡・生存（同居・別居）	
	母：死亡・生存（同居・別居）	
	兄弟姉妹：人（本人は番目）	
	配偶者：なし・あり（死亡・生存・離婚・同居・別居）	
	子：なし・あり（人） 孫：なし・あり（人）	

プ ロ フ イ ー ル	現在、症状はありますか？なし・あり（内容：）
	入院中に援助して欲しいことはありますか？なし・あり （内容：）
	入院までの経緯をご記入ください

栄 養 ①	2週間以上続いている症状はありますか？：なし・あり（）	
	摂取方法：経口・絶食中・その他（）	
	最後に食事を摂ったのはいつですか？：	
	現在の食事の形態について、あてはまるものはどれですか？ （普通・一口大・細かく刻んでいる・軟らかい・ゼリー状・ミキサー状・液体）	
	義歯はありますか？なし・あり（上：部分義歯・総義歯 / 下：部分義歯・総義歯）	

① 活 動 2	補助具・補助装置を使用していますか？なし・あり ありの場合、何を使用していますか？
	松葉杖・歩行器・3～4点杖・1本杖・車椅子・義肢・シルバーカー・その他（）

原 生 理 活	宗教に関する配慮の必要性はありますか？：なし・あり（宗教名：）
------------	---------------------------------

情報提供者名：

※当院記載情報欄

プ ロ フ イ ー ル	入院日：年 月 日 時 分
	入院方法：独歩・車椅子・救急車・ストレッチャー
	入院前の入所施設：なし・あり
	施設名：電話番号：

確認看護師名：	入力看護師名：
---------	---------