

患者情報調査票

医療機関名

記入日:平成 年 月 日 担当者

患者様	フリガナ	男・女	T・S 年 月 日
	氏名		身長: cm 体重: kg (平成 年 月 日 現在)
	住所 〒		
保険区分	後期高齢 ・ 社保 ・ 国保 ・ 生活保護:担当者( )		
介護保険	未申請 ・ 申請中 ・ 申請済 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) 有効期限:平成 年 月 日 ケアマネ:所属 氏名		
認知度	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M ・ 判定不可		
障害自立度	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
障害手帳	無・有 種 級(障害名: )		
意思疎通 発語状況	正常・やや障害・障害(具体的状況: )		
注意すべき 行動	無・有(徘徊・妄想・暴言・抵抗・異食・不潔・大声・昼夜逆転・その他: ) 行動の程度(強・中・弱) 対応( )		
安全対策	無・有: 4点柵・センサー等( )・ミトン・その他( )		
食事	自立(セッティング:要・不要)・一部介助・全介助 主食( )・副食(普通・きざみ・ペースト・流動)・とろみ(要・不要) 心臓食・糖尿食・肝臓食・腎臓食・膵臓食・その他( ) 経鼻経管栄養・胃瘻・中心静脈栄養(CV・ポート)・末梢点滴 濃厚流動食の場合( )を( )ml/day、及び白湯( )ml/day		
	排泄		
移動	自立・トイレ介助・ポータブル・オムツ・尿道カテーテル・その他( ) 尿意:(有・無)・便意:(有・無)		
麻痺	独歩 ・ 杖歩行 ・ 介助歩行 ・ 車椅子(自走可・要介護) ・ ストレッチャー		
拘縮	無・有(部位: )		
視力	正常 ・ やや障害 ・ 障害:視野狭窄(右・左) ・ 失明(右・左) ・ 不明		
聴力	正常 ・ やや障害 ・ 障害 ・ 不明		
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
更衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
褥瘡	無・有(水疱・表皮剥離・潰瘍形成) 部位( ) 感染(無・有)		
酸素吸入	無・有( ℓ/分 備考 )		
気管切開	無・有(カニューレ種類と号数 )		
喀痰吸引	無・有( 回/日)		
感染症	MRSA(陽性・陰性・不明) 検出材料(喀痰・尿・その他: )		
	ESBL(陽性・陰性・不明) 検出材料(喀痰・尿・その他: )		
	セラチア菌(陽性・陰性・不明) 検出材料(喀痰・尿・その他: )		
	CD(陽性・陰性・不明) HBs・Ag(陽性・陰性・不明)		
	HCV・Ab(陽性・陰性・不明) TPHA(陽性・陰性・不明) その他( )		
アレルギー 歴	薬剤:無・有(薬品名: ) 食品等:無・有(品目: )		
リハビリ	無・有 ①脳血管疾患 ②運動器 ③廃用性 (発症日:平成 年 月 日)		
本人及び家 族の意向	①在宅 ②施設等 ③その他意向( )		
既往歴及び特記事項			