

患者情報調査票

医療機関名

記入日:西暦 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
	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:西暦 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	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)						
移動	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						
麻痺	無・有(上肢:右・左)(下肢:右・左)						
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:西暦 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							