

患者基本情報用紙

ふりがな 患者名	生年月日:	歳	性	住所
主病名	①	年	月	日 発症
	②	年	月	日 発症
	③	年	月	日 発症
入院日	平成 年 月 日	□ 麻痺(部位)		
手術名			手術日	平成 年 月 日
既往歴	①	③		
	②	④		
医療 処置	□ 気管切開 □ 吸痰 (頻度 回 / 日・時間) □ 酸素吸入 量 □ 透析			
	□ インシュリン (自己注: □ 可 □ 不可/薬剤) □ 血糖測定()回 / 1日			
感染症	□ HBs ()検査日 / □ HCV ()検査日 / □ TB ()検査日 /			
食 事	□ 経口摂取 □ 自立 □ 一部介助 □ セッティングのみ □ 全介助 (食事形態 食事内容:)			
	□ 経管栄養(□ 胃ろう □ NGチューブ) 栄養: 朝: 昼: 夕: 白湯:朝: 昼: 夕:			
	□ 中心静脈栄養 □ 末梢点滴 ⇒ □ 胃瘻の適応 □ 有 □ 無 ⇒ IC:□ 済 □ 未 □ 本人・家族希望せず			
移 動	歩行 □ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助 □ 装具()			
	□ 手すり □ T字杖 □ 4点杖 □ 歩行器 □ シルバーカー			
	車椅子 □ 自走 □ 介助 移乗 □ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助 (特記)			
排 泄	トイレ (□自立 □見守り □一部介助 □全介助) □ポータブル (□自立 □見守り □一部介助 □全介助)			
	□ おむつ □ リハビリパンツ 尿意 (□ あり □ なし) 便意 (□ あり □ なし)			
	□ 尿留置カテーテル □ 導尿 (回/日) □ 尿器 (□ 自立 □ 見守り □ 全介助) (特記)			
意志 疎通	□ 可能 □ 一部可能 □ 不可能 (特記)			
障 害	□ 言語障害 (□失語症 □構音障害) □ 高次脳機能障害 (□失行 □失認 □失調)			
	□ えん下障害 () □ その他の障害 ()			
行動 障害	□ 失見当識 □ 徘徊 □ せん妄 □ 大声 □ 暴言・暴力 □ うつ傾向 □ 不潔行為 □ 抑制()			
	HDS-R=()点 特記事項()			
介護 保険	□ 有 □ 無 介護度() □ 申請中 (新規・区変)		身障手帳	□ 有 □ 無 () 級
	□ 転院後申請 担当CM:		障害名	() <適応> □ 有 □ 無
家族構成	発症前のADL:		長期的予後:	
	本人・家族の病識:		IC: 本人 □ 済 □ 未 家族 □ 済 □ 未	
	経済状況:		DNARの確認: □ 確認済 □ 未確認 具体的希望:	
窓口:				
今後の方向性確認相手 □ 本人 □ キーパーソン □ その他()				
□ 在宅 条件: () 受診先: □ 紹介元 □ 千秋 □ 往診 □ 未定				
□ 施設 □ 調整中 () □ 未調整				
□ 未定				
□ その他 □ すずらん対象 □ ひまわり対象 (疾患名:)				
転院への理解・目的: 本人 □ 有 () □ 無 家族 □ 有 () □ 無				
<要望>				
記載日: 平成 年 月 日 記載者:				

※この用紙は、他保健医療機関との連携を目的とし、患者・家族の同意を得て作成ください。取り扱いには十分ご注意ください。