

|                                  |                           |                                   |  |                                    |                          |                     |  |         |  |
|----------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|--|------------------------------------|--------------------------|---------------------|--|---------|--|
| 事業所名                             |                           | ご担当                               |  | 様                                  |                          | 連絡先                 |  | ☎       |  |
| 【入院目的】維持透析 ・ リハビリ ・ 緩和ケア ・ レスパイト |                           |                                   |  |                                    |                          |                     |  |         |  |
| フリガナ                             |                           |                                   |  | 性別                                 |                          |                     |  |         |  |
| 氏名                               |                           | 様                                 |  | 男・女                                |                          | 生年月日                |  | 年 月 日 歳 |  |
|                                  |                           | 当院ID【                             |  | 】                                  |                          |                     |  |         |  |
| 保険情報                             |                           | 国保 ・ 社保 ・ 共済 ・ 後期高齢 ・ 生保 ・ その他    |  |                                    |                          |                     |  |         |  |
| 介護保険                             |                           | 未申請 ・ 申請中（新規・区変） ・ 認定済み           |  |                                    |                          | 介護度（ ）負担割合（ 割）      |  |         |  |
|                                  |                           | 介護申請日（ / ） 認定調査日（ / ） 意見書提出日（ / ） |  |                                    |                          |                     |  |         |  |
|                                  |                           | 【居宅介護支援事務所】                       |  |                                    | 【担当ケアマネ】                 |                     |  | TEL:    |  |
| 【入院前のサービス利用状況】                   |                           |                                   |  | 【かかりつけ医】                           |                          |                     |  |         |  |
| 年金                               |                           | 未受給・国民年金・厚生年金・障害年金                |  | 万円/月                               |                          | 障害者手帳 無 ・ 有 種類: / 級 |  |         |  |
| 【家族構成】                           |                           |                                   |  | 【転院の場合 今後の方向性】                     |                          |                     |  |         |  |
| 【キーパーソン: 続柄:                     |                           |                                   |  | 【レスパイト入院希望期間】 ※状況によりご希望に添えない場合もありま |                          |                     |  |         |  |
| 【連絡先: 緊急時必ず繋がる番号                 |                           |                                   |  | 月 日（ ）～ 月 日（ ）計 日間                 |                          |                     |  |         |  |
| 来院方法                             |                           | 介護タクシー ・ 自家用車 ・ 民間救急              |  | 同行者                                |                          | ※キーパーソン以外の方は記入      |  |         |  |
| 身体状況 現在（ / ）時点                   |                           |                                   |  |                                    |                          |                     |  |         |  |
| 移動                               | 歩行（自立・見守り・手引き歩行）          |                                   |  | 医療処置                               | NG ・ 胃瘻 ・ CV ・ 末梢点滴      |                     |  |         |  |
|                                  | 杖 ・ 四点杖 ・ 歩行器             |                                   |  |                                    | 気管切開 ・ 酸素（ ℓ） ・ C-PAP    |                     |  |         |  |
|                                  | 車椅子（自走可 ・ 自走不可） ・ ストレッチャー |                                   |  |                                    | 吸引（ 回/日） ・ 吸入（ 回/日）      |                     |  |         |  |
| 移乗                               | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助     |                                   |  | 障害                                 | 導尿（ 回/日） ・ 尿留置カテーテル（ Fr） |                     |  |         |  |
| 寝返り                              | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助     |                                   |  |                                    | ストマ                      |                     |  |         |  |
| 起居                               | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助     |                                   |  |                                    | 部位（ ）                    |                     |  |         |  |
| 座位                               | 端座位 ・ 背もたれ（自立 ・ 介助）       |                                   |  | 褥瘡予防                               | 血糖測定（ 回/日）               |                     |  |         |  |
| 立位                               | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助     |                                   |  |                                    | インスリン（朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 寝る前）   |                     |  |         |  |
| 食事                               | 摂取（自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助） |                                   |  |                                    | 言語障害（失語 ・ 構音障害）          |                     |  |         |  |
|                                  | 嚥下（可 ・ 見守り ・ 不可）          |                                   |  | 麻痺（右上肢・右下肢・左上肢・左下肢）                |                          |                     |  |         |  |
|                                  | 食事形態:主食（ ）                |                                   |  | エアーマット ・ 体圧分散マット                   |                          |                     |  |         |  |
| 排泄                               | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助     |                                   |  | 褥瘡                                 | その他（ ）                   |                     |  |         |  |
|                                  | 尿意（有 ・ 無） 便意（有 ・ 無）       |                                   |  |                                    | 仙骨部 ・ 臀部 ・ （ ）大転子部 ・ 坐骨部 |                     |  |         |  |
|                                  | 昼:トイレ・ポータブル・尿器・リハパン・オムツ   |                                   |  |                                    | （ ）腸骨部 ・ その他（ ）          |                     |  |         |  |
| 更衣                               | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助     |                                   |  | 意識                                 | 処置内容（ ）                  |                     |  |         |  |
| 入浴                               | 入浴 ・ シャワー浴 ・ 機械浴 ・ 清拭     |                                   |  |                                    | 不穏状態 無 ・ 有（ ）            |                     |  |         |  |
|                                  | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助     |                                   |  |                                    | 認知症 無 ・ 有（ ）             |                     |  |         |  |
| 意志疎通                             | 可能 ・ 一部可能 ・ 不可能           |                                   |  | 精神状態                               | 夜間睡眠状態 良眠 ・ 不眠           |                     |  |         |  |
| 感染症                              | 無 ・ 有（                    |                                   |  |                                    | 不眠の場合薬剤使用 無 ・ 有（ ）       |                     |  |         |  |
| アレルギー                            | 無 ・ 有（                    |                                   |  |                                    | 透析                       | 無 ・ 有               |  |         |  |
|                                  |                           |                                   |  | HD ・ CAPD ・ APD                    |                          |                     |  |         |  |

当院記入欄

|           |    |              |                              |                             |                                |                             |  |
|-----------|----|--------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--|
| 入院日時      |    | 搬入口          |                              | 診察場所                        |                                | 退院日時                        |  |
| 月 日（ ） 時着 |    | 正面玄関<br>救急外来 |                              | 外来診察室<br>救急外来               |                                | 月 日（ ） 時退院                  |  |
| 主治医       | 医師 | 号室           | 院内周知: 患者情報伝達 伝達者:            |                             |                                |                             |  |
|           |    |              | <input type="checkbox"/> 主治医 | <input type="checkbox"/> 病棟 | <input type="checkbox"/> 外来・救外 | <input type="checkbox"/> 透析 |  |