

在宅療養後方支援病院 患者情報シート

ふりがな
患者氏名 _____

	自立	見守り	一部介助	全介助	
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 粥ミキサー <input type="checkbox"/> その他 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他 その他 <input type="checkbox"/> 胃瘻栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> CVポート 場所 <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 居間 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> その他
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	室内 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 電動車椅子 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> その他 室外 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 電動車椅子 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 尿意あり <input type="checkbox"/> 尿意なし <input type="checkbox"/> 尿失禁あり <input type="checkbox"/> 尿失禁なし <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿収器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> その他
排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 便意あり <input type="checkbox"/> 便意なし <input type="checkbox"/> 便失禁あり <input type="checkbox"/> 便失禁なし <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 巡回入浴 <input type="checkbox"/> 施設(特別入浴・一般入浴) <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他
整容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 口腔清潔 <input type="checkbox"/> 洗顔 <input type="checkbox"/> 整髪 <input type="checkbox"/> 爪きり <input type="checkbox"/> その他
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IADL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 通院・通所 <input type="checkbox"/> その他
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 睡眠導入剤の使用; <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬品名 _____)				
意思疎通 認知機能	意思伝達 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない 理解力 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> だいたい理解 <input type="checkbox"/> 理解してもすぐ忘れる <input type="checkbox"/> 簡単な事のみ <input type="checkbox"/> 困難 意思表示 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> だいたい可能 <input type="checkbox"/> 基本的欲求のみ <input type="checkbox"/> 困難 認知症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 離床センサー <input type="checkbox"/> 柵(_____ 点) <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> つなぎ衣 <input type="checkbox"/> 体幹抑制 <input type="checkbox"/> その他(_____)				
介護認定	<input type="checkbox"/> 支援1 <input type="checkbox"/> 支援2 <input type="checkbox"/> 介護1 <input type="checkbox"/> 介護2 <input type="checkbox"/> 介護3 <input type="checkbox"/> 介護4 <input type="checkbox"/> 介護5 <input type="checkbox"/> なし				
在宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 薬剤管理 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア その他(_____)				
ケアマネジャー	事業所名 _____ 氏名 _____				

