

患者情報提供書

記載日:

記載者:

【利用者基本情報】		【医療保険】
氏名	男・女	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢(割) <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 公費 限度額適応認定証: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() 特定疾患医療給付: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 身障手帳: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 級(障害名)
生年月日	(歳)	【介護保険】
住所	TEL	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済(介護度)
【診断名】		【主治医】
【経過】		【既往歴】
I. 利用者の身体症状		【特記事項】
【身長】	【体重】	
①寝たきり度: <input type="checkbox"/> J(自立) <input type="checkbox"/> A(外出要介助) <input type="checkbox"/> B(座位可) <input type="checkbox"/> C(寝たきり) ②麻痺: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 ③起居: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 起居不能 ④歩行: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 担送 ⑤障害: <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 聴力障害 ⑥意思の伝達: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> おおよそできる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> ナースコール押せる <input type="checkbox"/> ナースコール押せない		
II. 生活支援の必要性 ※詳細な情報は【特記事項】に記載ください		【特記事項】
⑦排泄: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 失禁(口便口尿) <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブル 口尿意口なし口あり <input type="checkbox"/> 便意口なし口あり <input type="checkbox"/> 尿カテーテル		
⑧食事: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 付加食 口経管 <input type="checkbox"/> 食事形態 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 水分とろみあり <input type="checkbox"/> 欠食		
⑨清潔: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 口清拭 <input type="checkbox"/> 口腔ケア		
⑩更衣: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
⑪問題行動: <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 抑制 <input type="checkbox"/> センサー使用		
III. 医療処置の必要性 (詳細は【備考】に記載ください)		【備考】
口褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴・注射 <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ 口人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> ペースメーカー 口疼痛管理 <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他		
服薬内容は別紙を添付してください 服薬管理 <input type="checkbox"/> 看護師管理 :		
IV. 社会的情報		
【家族構成】		
口キーパーソン 名前: 続柄: 連絡先: 経済的・社会的問題 :		