

患者情報提供書

記載日:

記載者:

| | |
|--|--|
| 【利用者基本情報】 氏名 _____ 男 ・ 女 生年月日 _____ (_____ 歳) 住所 _____ TEL _____ | 〈医療保険〉 <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 _____) 〈介護保険〉 <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 【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 | 【特記事項】 |
| 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 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(<input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 尿) <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿意 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 便意 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 | 【特記事項】 |
| III. 医療処置の必要性 (詳細は【備考】に記載ください) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 : | 【備考】 |
| IV. 社会的情報 【家族構成】 <input type="checkbox"/> キーパーソン 名前: _____ 続柄: _____ 連絡先: _____ 経済的・社会的問題 : _____ | |