

フリガナ 患者名			生年月日	
			年 月 日 満 歳	
住所	〒			
主病名			入院日	年 月 日
			発症日	年 月 日
紹介目的	外来 ・ 入院 ・ その他( )			
依頼理由				
感染症	なし ・ あり(HCV ・ HBs ・ MRSA ・ 緑膿菌 ・ ESBL ・ その他( ))			
	鼻腔 ・ 喀痰 ・ 尿 ・ 創部 ・ キャリア ・ その他( )			
家族構成	身元引受人			続柄
	住所			
	TEL			
	病棟希望	一般 ・ 地域包括 ・ 回復期 ・ 医療療養		
	個室希望	なし ・ あり(1.000~5.000円 税抜) 準個室 (2.500円 税抜 ※医療療養のみ)		
保険種別	健康保険 ・ 組合 ・ 国民健康保険 ・ 共済組合 ・ 後期高齢者 ・ 生活保護 特定疾患 ・ 県障 ・ 標準負担減額認定証( ) ・ その他( )			
介護保険	なし ・ あり(要支援・要介護 1.2.3.4.5) ・ 申請中 ・ 変更申請中 ・ 非該当			
身障手帳	なし ・ あり 障害名( ) 種 級			
入院後の意向	在宅 ・ 施設入所 ・ 長期療養		担当ケアマネージャー氏名：	
	申込み施設：			

依頼日： \_\_\_\_\_

記入者： \_\_\_\_\_

紹介元： \_\_\_\_\_

担当医： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

TEL・FAX： \_\_\_\_\_

## ADL状況

紹介元：

記入者：

記入日：

患者名：

男性 ・ 女性

満

歳

栄養	経口	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ※ムセ…なし ・ あり		
		主食（米飯 ・ 全粥 ・ ミキサー ・ ゼリー ・ その他( ) )		
		副食（常食 ・ 軟菜 ・ 刻み ・ 極刻み ・ ミキサー ・ ゼリー ・ その他( ) )		
		一般食 ・ 制限食( )		
	経管栄養	胃瘻 内容	白湯	総エネルギー量
		経鼻 内容	白湯	総エネルギー量
		腸瘻 内容	白湯	総エネルギー量
		点滴 内容		
		その他(補食等)		
水分	とろみ なし ・ あり			
アレルギー	なし ・ あり( )			
義歯	自歯 ・ あり( 上 ・ 下 ・ 部分 )			
排泄	動作	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		
		トイレ ・ P/T ・ 尿器 ・ オムツ ・ 留置カテーテル ・ その他( )		
	尿意	なし ・ あり		
便意	なし ・ あり			
ADL	起居動作	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		
	移動手段	歩行 ・ 車椅子(普通 ・ リクライニング) ・ ストレッチャー		
		歩行補助具 なし ・ あり( )		
入浴	一般浴 ・ チェア浴 ・ 特浴			
	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
医療面	処置	経管栄養 ・ 気管切開(物品名： サイズ： )		
		留置カテーテル ・ 酸素( ℓ ) ・ 吸引( /日)		
		褥瘡(部位： 処置内容： )		
		排便コントロール なし ・ あり( )		
	※薬剤アレルギー…なし ・ あり( )			
	身体面	身長( cm) 体重( kg ・ 測定日： )		
麻痺 なし ・ あり(部位： )				
拘縮 なし ・ あり(部位： )				
精神面	意思疎通	不可 ・ 可能(言語障害…なし ・ あり( )		
	視力	見える ・ 見えない(視覚障害…なし ・ あり )		
	聴力	聞こえる ・ 聞こえない(聴力障害…なし ・ あり )		
	問題行動	なし ・ あり( ) ※ナースコール使用…可 ・ 不可		
	身体抑制	なし ・ あり(ミトン・センサー・4点柵・衝撃吸収マット)		
	睡眠	良眠 ・ 浅眠 ・ 不眠(眠剤使用…なし ・ あり)		