

送信元:	TEL:
記載者: (職種)	記載日:

フリガナ 患者氏名	男・女	明・大・昭・平	年	月	日 (歳)				
既往歴				体格面	cm kg				
感染症等	HCV (- +)	HBS (- +)	MRSA (- + [検材:])		梅毒 (- +)				
	疥癬 (年 月頃)	結核 (年 月頃)	その他 ()						
アレルギー									
移動	自立 (杖 歩行器) 介助歩行 車いす (自立 介助) 移乗 [可 不可] 担送 [寝返り 可 不可]								
リハビリ	未実施 ・ 実施中								
	疾患別:	<input type="checkbox"/> 脳血管	<input type="checkbox"/> 呼吸器	}	疾患名:				
	<input type="checkbox"/> 運動器	<input type="checkbox"/> 心臓血管	発症日: 年 月 日						
	<input type="checkbox"/> がん	手術日: 年 月 日							
<input type="checkbox"/> 廃用症候群 (廃用診断日: 年 月 日)	(原疾患: 発症日: 年 月 日、手術日: 年 月 日)								
目標設定等支援・管理料の算定	なし ・ あり) ※ありの場合は算定日: 年 月 日								
本人の意欲:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ムラあり								
管理料	二次性骨折予防継続管理料1の算定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (算定日: 年 月 日)								
栄養	自力	部分介助	全介助	(形態 主食: 副食: アレルギー等:)					
	食事摂取量 ()		食欲	あり ・ なし ・ ムラあり					
	経管栄養 (経鼻 胃瘻 その他 [])		注入内容 ()						
排泄	自立	誘導	ポータブル (自立 介助)	オムツ	リハビリ	尿管	バルーン		
麻痺	無	有	(左上肢 右上肢 左下肢 右下肢)	拘縮	無	有	(部位:)		
視覚	支障なし	弱い	見えない	不明	聴覚	支障なし	弱い	聞こえない	不明
言語障害	無	有	(失語 不明瞭)	意思疎通	可	時々可	困難		
認知症	無	有	もの忘れ程度 暴言暴行 介護抵抗 声出し 独語 不潔行為 幻覚幻聴 妄想						
身体拘束	無	有	(抑制帯 ミトン つなぎ服 4本柵 その他:)						
褥瘡	無	有	部位: 程度:						
	処置: (エアマット 体圧分散 標準マット)								
医療処置	TPN 末梢点滴 酸素 (ℓ) 吸引 (約 回/日) その他 ()								
	インシュリン (注射名・単位数) その他 ()								
特記事項	家族構成								
社会資源	介護保険	未申請 ・ 申請中 ・ 意見書 (済・未) ・ 訪問調査日 (年 月 日)			要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)				
	障害者手帳	無 有 (等級・障害名:)							
保険情報	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠				負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割				
	限度額認定証 なし ・ あり (区分)				貴院未収状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
	<input type="checkbox"/> 難病 無 ・ 有 ・ 申請中 病名 ()				◇レセプトの適応 難病適応 ・ 適応外				
今後の方向性	自宅	希望する時期 () 本人の身体状況等 ()							
	施設入所	申し込み 未 ・ 済み (施設名:)							
	病院転院	申し込み 未 ・ 済み (病院名:)							
個室希望	<input type="checkbox"/> 有 (1床室 ・ 2床室) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> どちらでも			他院への同時申し込み	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				

※キーパーソンは★印でお書きください