

金上病院 入院相談チェックシート

フリガナ		性別	生 年 月 日
氏 名		男・女	明 大 昭 平 年 月 日

既往歴	処 方

アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()	感染症	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()
-------	---	-----	---

褥 瘡	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 部位 :	大きさ :	()
-----	--	-------	-----

酸 素	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	吸 引	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 回/日	血糖チェック	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有
-----	---	-----	---	--------	---

点 滴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> CVポート	点 滴 種 類	
-----	---	---------	--

その他の医療行為	
----------	--

リハビリ疾患名		リハビリ起算日	
---------	--	---------	--

移 動 方 法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 ()
---------	--

移 動 状 況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
---------	---

食 事 方 法	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()	食 事 形 態
---------	--	---------

食 事 状 況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
---------	---

排 泄 方 法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器・ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> フォーレ <input type="checkbox"/> 人工肛門
---------	--

排泄動作状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排便コントロール	
--------	---	----------	--

問 題 行 動	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> その他 ()
---------	--

身 体 拘 束	<input type="checkbox"/> 体幹ベルト <input type="checkbox"/> 上肢ベルト <input type="checkbox"/> 下肢ベルト <input type="checkbox"/> ミトン (右・左) <input type="checkbox"/> 離床センサー
---------	---

障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 申請中	障害名		障 害 等 級		級
-------	--	-----	--	---------	--	---

介 護 保 険	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 新規申請中 (申請日)	<input type="checkbox"/> 変更申請中 (申請日)
---------	---	---------------------------------------

要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
---------	---

ケアマネージャー		介護支援事業所	
----------	--	---------	--

介護サービス	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> その他 ()
--------	---

キーパーソン		本人との関係	
--------	--	--------	--

家族構成	
------	--

今後の方向性 本人・家族の意向	<input type="checkbox"/> 在宅(1ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 在宅(1ヶ月以上) <input type="checkbox"/> 医療療養病棟 <input type="checkbox"/> BSC <input type="checkbox"/> 施設入所 (申し込み中の施設)
--------------------	---

備 考	
-----	--

記入者 (職種)