|  |  |
| --- | --- |
| **西濃地域　患者基礎情報用紙** | 令和     年     月     日　記入 |
|  |
|  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |       | 生年月日 |       年      月      日（     歳） | TEL |       |
| 氏名 |      様 | 性別 |  | 住所 |       |
| 主保険 |  | () | 公費負担 |  | 手　帳 |  |  | 　級 | 部位： |
| 入院日 | H     年     月     日 | 入院科 |       | 入院病棟 |       | 主治医 |       |
| RH | 　｛[ ] PT[ ] OT[ ] ST（     /     ～）｝ | 副科 |       | 年金 | （約     万円/月） |
| 病　　　　名 |       |       | 家族構成 | [ ] 独居[ ] 高齢世帯[ ] 同居[ ] 昼間独居 |
|  |       |       |       |
|  |       |       |  |
| かかりつけ |  | 病院・医院名（     ） |  |
|  |  | 疾患名（     ） |  |
| 介護保険 | 認定 |  | 介護度 |  |  |
|  | 居宅事業所名 |       | ｷｰﾊﾟｰｿﾝ | 氏名（     さん）　続柄（     ） |
|  | 担当者 |       さん | TEL |       |  | 連絡先　（     ） |
| 既往歴 |       | 入院前の生活歴 |       |
| 入院までの経過 |       | 入院中の経過 |       |

【医療・看護・介護の状況】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 特殊医療 |  | [ ] 人工透析　[ ] 気管切開　[ ] ﾄﾞﾚﾅｰｼﾞ　[ ] ｽﾄｰﾏ　[ ] 酸素（     L）（[ ] VM[ ] 経鼻）　[ ] ﾚｽﾋﾟﾚｰﾀｰ管理[ ] ｲﾝｼｭﾘﾝ（     ）　[ ] 吸痰（     ）　[ ] 吸入（     ）　[ ] 末梢　[ ] CV（ﾎﾟｰﾄ[ ] 有[ ] 無）　[ ] その他（     ） |
| 麻痺 |  |       | 感染症 |  |       |
| 拘縮 |  |       | 褥　瘡 | 部位 |       |
| 言語障害 |  |       |  | 状況 | 　      |
| 視覚障害 |  |       |  | 処置 | 　      |
| 聴覚障害 |  | [ ] 難聴　      | 体　格 | 身長      cm | 体重      kg |
| 嚥下障害 |  |       | RH意欲 |  |       |
| 認知症 | 　　 | HDS-R　　/30点（　　/　　時点） | 保　清 |  | 更衣 |  |
| 意思疎通 |  |       | 移　動 |  | 移　乗 |  |
| 精神症状 |  | 立　位 |  | 座　位 |  |
| 食　事 |  |  | （食事内容：     ）      | 食事量 |      % | 食欲 |  |
| 排　泄 | 　　 | 尿意 |  | 便意 |  |
| Faの関わり |       | 部屋希望 | [ ] 個室　[ ] 大部屋　[ ] どちらでも良い　 |
| 転院目的 | [ ] リハビリ　[ ] 療養　[ ] その他      |
| その他 |       |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 **送信元：**