

※入所時に記入

定期的に更新をお願いします

施設入所者情報シート

【様式-1】

(施設職員→病院)

記入日:

記入者:

職名:

ふりがな			生年月日	昭	年	月	日	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名											
住所											

施設について	施設名			施設住所			入所時期	年	月	日		
	区分		<input type="checkbox"/> 特養		<input type="checkbox"/> 老健		<input type="checkbox"/> グループホーム(介護)		<input type="checkbox"/> グループホーム(障害)			
			<input type="checkbox"/> サ高住		<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム		<input type="checkbox"/> ケアハウス					
			<input type="checkbox"/> 障害者施設		()		<input type="checkbox"/> その他		()			
看護師常駐		<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 夜間不在						
可能な医療処置		<input type="checkbox"/> 看取り		<input type="checkbox"/> 酸素投与		<input type="checkbox"/> 点滴		<input type="checkbox"/> 胃瘻管理		<input type="checkbox"/> 喀痰吸引		<input type="checkbox"/> ストマ
		<input type="checkbox"/> 経管栄養		<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養		<input type="checkbox"/> 気管切開		<input type="checkbox"/> インスリン療法		<input type="checkbox"/> 尿管等のカテーテル管理		

家族・身元保証人等 キー・パーソン	氏名(ふりがな)		住 所		続柄	電話番号		
	①					(携帯)		
						(自宅)		
	②					(携帯)		
				(自宅)				
生活保護		<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし		担当ケースワーカー:		

介護認定	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 要支援		<input type="checkbox"/> 要介護				
	ケアマネジャー:				事業所名:				連絡先	TEL	
障害者認定	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり		障害 ()				障害支援区分 ()		
等級 ()											

患者本人の生活・身体状況	ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	状態						
	移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 杖使用	<input type="checkbox"/> 歩行器使用	<input type="checkbox"/> 装具・補助具使用			
	口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 義歯 (<input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分)						
	食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 禁食					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー	水分: <input type="checkbox"/> とろみ剤使用	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	*禁止食品があるか		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> とろみ付)						
	排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル	尿器 <input type="checkbox"/> オムツ(<input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> フラット)					
	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり										
	療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護・治療への抵抗、拒否										
		<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 性的問題行動										
		<input type="checkbox"/> その他 ()										
	コミュニケーションの問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 構語障害 <input type="checkbox"/> 失語										
		<input type="checkbox"/> その他 ()										
	補聴器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	眼鏡		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 左上肢	<input type="checkbox"/> 左下肢	<input type="checkbox"/> 右上肢	<input type="checkbox"/> 右下肢	<input type="checkbox"/> 顔面				
拘縮	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 左上肢	<input type="checkbox"/> 左下肢	<input type="checkbox"/> 右上肢	<input type="checkbox"/> 右下肢						
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 仙骨	<input type="checkbox"/> 坐骨	<input type="checkbox"/> 踵	<input type="checkbox"/> 大転子	<input type="checkbox"/> 腸骨	<input type="checkbox"/> その他				
医療処置	<input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> ペースメーカー											
	<input type="checkbox"/> 酸素投与 (<input type="checkbox"/> l) <input type="checkbox"/> シャント <input type="checkbox"/> その他 ()											

※裏面もお願いします※

2025.9月版

診療について	<input type="checkbox"/> 嘴託医のみ <input type="checkbox"/> 嘴託医と併診 <input type="checkbox"/> かかりつけ医のみ		
嘱託医	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 医院名： <input type="checkbox"/> 医院名：	医師名： 医師名：	
かかりつけ医	医院・病院名／担当医師名	最終受診日	処方
	電話	年 月 日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	電話	年 月 日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎障害 <input type="checkbox"/> 肝障害 <input type="checkbox"/> 痛風（高尿酸血症）
	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 知的障害
既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎障害 <input type="checkbox"/> 肝障害 <input type="checkbox"/> 痛風（高尿酸血症）
	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 知的障害
	<input type="checkbox"/> その他 []

手術歴	手術日(入院時期) /年齢	内容・疾患	病院	体内金属
				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
上記以外の入院歴				

アレルギー歴	薬					
	<input type="checkbox"/> なし	食品	<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> その他 ()			
	<input type="checkbox"/> あり	その他				
感染症関連	HBS抗原(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) HCV抗体(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> その他					
	新型コロナウイルス(Covid-19) ワクチン接種 <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種済 (回) 最終接種日 ()					

蘇生処置	心肺停止の際の蘇生処置	<input type="checkbox"/> 希望する (<input type="checkbox"/> 確認書面あり <input type="checkbox"/> 確認書面なし)		
		<input type="checkbox"/> 希望しない (<input type="checkbox"/> 確認書面あり <input type="checkbox"/> 確認書面なし)		
		<input type="checkbox"/> 現時点では決めかねる		
患者・家族の確認	氏名	続柄	最終確認日	
蘇生処置について	※希望しない、現時点では決めかねるを選択している場合でも施設職員が119番通報した場合は、蘇生処置を行いながら病院へ搬送します。			
病院内での延命治療について	• 気管内挿管(人工呼吸管理)を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 現時点では決めかねる			

【備考】