

※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  
(施設職員→病院)

【様式-1】

記入日: 記入者: 職名:

ふりがな											
氏名			生年月日	昭	年	月	日	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
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（ ） 等級（ <input type="checkbox"/> ） 障害支援区分（ <input type="checkbox"/> ）				

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
	<input type="checkbox"/> 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
						主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分: <input type="checkbox"/> 与えられ使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし *禁止食品があるか
						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"/> 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"/> ） <input type="checkbox"/> シャント <input type="checkbox"/> その他（ ）				

