

患者情報チェックシート

| | | | | | | | | | |
|-------|--|---|--------------------|---------------|----|---------|-----|----|---|
| 事業所 | 事業所名 | | | | | | | | |
| | 担当 ケアマネージャー | 氏名 | | | | | | | |
| | 連絡先 | 事業所 | 担当ケアマネージャー 携帯電話 | | | | | | |
| | 診療希望開始日 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| 患者様情報 | フリガナ | | | | | | | | |
| | 患者様氏名 | | | | | | | | |
| | 生年月日 | M・T・S・H | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 |
| | 住所 | | | | | | | | |
| | 家族構成 | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居あり () | | | | | | | |
| | キーパーソン | 氏名 | 緊急連絡先 | | | | | | |
| | 介護度 | | | | | | | | |
| | 現在の医療機関名 | | | | | | | | |
| | 現病名 | | | | | | | | |
| | 既往症 | | | | | | | | |
| | 手術歴 | | | | | | | | |
| | 内服薬 | | | | | | | | |
| | ※現在服用中のお薬が切れる時期 月 日 | | | | | | | | |
| | 医療行為 | | | | | | | | |
| | 頻回訪問 | <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり(理由) | | | | | | | |
| | 在宅酸素 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 業者: | 機種: | L機 | ボンベ:無・有 | | | |
| 胃瘻 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 品名: | タイプ:(バルーン・パンパー) | 形状:(ボタン・チューブ) | | | | | |
| | サイズ: Fr cm | 交換頻度: 回/ | 最終交換日: / | | | | | | |
| ストマ | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | タイプ:(1P・2P) 交換頻度: 回/ | | | | | | | |
| バルーン | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | サイズ: Fr | 交換頻度: 回/ | 最終交換日: / | | | | | |
| 麻薬 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬品名) | | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | | |
| 生活状況 | 食事 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間はかかるが自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | | | | | |
| | 排泄 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間はかかるが自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | | | | | |
| | 移動 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間はかかるが自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | | | | | |
| | 皮膚 | 【褥瘡】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | | | | | | |
| | 伝達 | 【認知症】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(日常生活に支障 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) | | | | | | | |