

フリガナ		性 別	生年月日	T・S・H・R	年	月	日	歳
氏名 様		男 ・ 女	国保 ・ 社保 ・ 船員 ・ 共済 ・ 後期 ・ 生保 (本人・家族)					
住所	〒 - TEL							
傷病名	既往歴							
家族構成 キーパーソン: 続柄: 退院先: 自宅・施設・その他()		介護保険 介護度	未 ・ 申請中 ・ 申請済 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5					
		障害区分	区分					
		障害者手帳	無 ・ 有 : 種類 _____ 等級 _____					
		ケアマネジャー等						
		事業所名						
		指定難病等公費	無 ・ 有 : 種類 _____					
移動	歩行 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車いす ・ ストレッチャー 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助							
移乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助							
排泄	トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 尿器 ・ オムツ ・ リハビリパンツ ・ ストーマ ・ 導尿 尿カテーテル(Fr/最終交日:) 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助							
食事	経口摂取(自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助) むせ(無 ・ 有) とろみの使用(無 ・ 有) 食事形態(kcal 主食: 副食:) 学会分類() 経鼻栄養 ・ 胃瘻 ・ 腸瘻 (栄養剤:) 最終交換日:							
入浴	機械浴 ・ シャワー浴(ストレッチャー ・ 座位) ・ 清拭 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助							
更衣	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助							
皮膚トラブル	褥瘡 無 ・ 有 (部位:) その他() 処置方法()							
意思疎通	良好 ・ やや困難 ・ 困難							
身体症状	麻痺 無 ・ 有 (部位:) 関節拘縮 無 ・ 有 (部位:) 言語障害 無 ・ 有							
医療行為	気管切開 無 ・ 有 (カニューレ最終交換日:) 酸素 無 ・ 有 (L/min) 吸引 無 ・ 有 (頻度:) 点滴 無 ・ 有 (末梢 ・ IVH(挿入部位):) 人工呼吸器 無 ・ 有 () 最終回路交換日: インスリン 無 ・ 有 (自己注射 ・ 見守り ・ 要介助) 種類: 単位数:							
精神面	意識レベル(清明 I-1 I-2 I-3 II-10 II-20 II-30 III-100 III-200 III-300) 認知症(無 ・ 有) 不穏行動 無 ・ 有 () 認知症高齢者日常生活自立度(I ・ II ・ IIa ・ IIb ・ III ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M) 身体抑制や見守りグッズの使用 無 ・ 有 ()							
感染症	無 ・ 有 ()							
備考								