

レスパイト入院申込兼患者情報調査票

令和 年 月 日

登録番号:ID

患者氏名		性別		生年月日		年齢		才
住所					身長	cm	体重	kg
連絡先	氏名①		TEL		TEL			
	氏名②		TEL		TEL			
病名								
内服薬								
既往歴								

患者の状態

言語	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 失語	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ (サイズ、種類、品名)
日常生活動作	清潔	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助
	食事	形態 (<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> () 粥 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> とろみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (FD Fr) <input type="checkbox"/> 胃瘻 (Fr) [交換日 月 日])	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 (<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル) <input type="checkbox"/> 介助 (<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル (種類 Fr) [交換日 月 日]	
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー)	
	義歯	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
	補聴器	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
	体内金属	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
褥瘡	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し (部位) 処置方法 ()		
認知症	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		
昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し (眠剤内服 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し)		
痰の吸引	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		
酸素	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		
感染症	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		
介護認定	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し [<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5] ケアマネジャー氏名: 事業所名:		
家族の状況 (キーパーソン)			
家族の意向	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()		
未来かなえネット	<input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録		