

御中 作成日 \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 様 性別 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 歳

住所 \_\_\_\_\_ TEL① \_\_\_\_\_

住居  戸建  集合住宅 TEL② \_\_\_\_\_

居住形態  独居  夫婦世帯  家族と同居  施設（高齢者住宅等）

要介護認定： \_\_\_\_\_ 期間： \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ 負担割合： \_\_\_\_\_ 割

<疾患名・病状・主訴> \_\_\_\_\_ 入院日 \_\_\_\_\_

<既往歴> \_\_\_\_\_

<必要な看護処置>

在宅酸素療法  インスリン  疼痛管理  留置カテーテル  気管切開  吸引  浣腸

経管栄養⇒  胃ろう(PEG)  PTEG  その他 → 【 \_\_\_\_\_ 】

<療養上の管理>

◆ 体調管理（できる・できない） ◆ 皮膚状況【 \_\_\_\_\_ 】

◆ 身長 \_\_\_\_\_ cm ◆ 体重 \_\_\_\_\_ kg（計測日 \_\_\_\_\_）

眼鏡使用  義歯使用  感染症 → 【 \_\_\_\_\_ 】

<身体的機能障害>

歩行障害 ⇒  筋力低下  関節拘縮  関節疼痛  麻痺（部位↓）

視力障害  聴覚障害  言語障害  注意障害

摂食嚥下障害  栄養障害

栄養・食生活の留意点：【 \_\_\_\_\_ 】

<ADL・IADL>（1：自立、2：要時間、3：見守り、4：一部介助、5：全介助、0：未実施・未評価）

	1	2	3	4	5	0	方法及び特記事項等		
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食事： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> とろみ		
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 特別食・療養食：		
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食品アレルギー：		
階段昇降	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	移動： <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 転倒の危険		
起居動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
整容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
トイレ動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
排泄方法・回数等	(日中・夜間で異なっている場合)						最終排便日	最終入浴日	

◆ 認知症高齢者の日常生活自立度 \_\_\_\_\_ ◆ 障がい高齢者の日常生活自立度 \_\_\_\_\_

◆ 外出（自立・介助・未評価） ◆ 食事準備（自立・介助・未評価） ◆ 掃除（自立・介助・未評価） ◆ 洗濯（自立・介助・未評価）

◆ 金銭管理（自立・介助・未評価） ◆ 電話（自立・介助・未評価） ◆ 買い物（自立・介助・未評価） ◆ 意思疎通（問題無・やや難あり・困難）

<認知症の中核症状>

記憶障害  見当識障害  理解・判断力の障害  実行力障害  感情表現の変化

<認知症の周辺症状>

幻視・幻聴  妄想  昼夜逆転  暴言  暴行

介護の抵抗  徘徊  不潔行為  異食行為  性的問題行動

その他・特記事項【 \_\_\_\_\_ 】

<認知症テスト>（※直近の結果を記入）

◆ (HDS-R・MMSE) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 点（実施日： \_\_\_\_\_）

<夜間の状態>

◆ 睡眠状態（良好・不良） 特記事項【 \_\_\_\_\_ 】

<精神・神経症状>

◆ 症状【 \_\_\_\_\_ 】

<家族等連絡先 1>  同居  別居 ◆本人との関係  ◆就労： (有・無)  
 名前：  様 ◆健康状態： (良好・やや不良・不良) ◆TEL①   
 住所：  ◆TEL②

<家族等連絡先 2>  同居  別居 ◆本人との関係  ◆就労： (有・無)  
 名前：  様 ◆健康状態： (良好・やや不良・不良) ◆TEL①   
 住所：  ◆TEL②

<入院経過・処置、入院中の過ごし方 等>

<退院後の課題及び必要な看護・介護内容 その他注意が必要なこと>

<リハビリの視点での注意が必要なこと (生活動作・介助方法・機能訓練等)>

<処方内容 内服管理>  服薬指導・薬剤指導  別紙参照 ◆内服状況 (処方通り・時々飲忘れ・飲忘れ多い)

- 本人管理  家族管理  その他支援者管理：  
 一包化  服薬カレンダー  ボックス管理

<禁忌事項>

<退院後の生活に関する本人の意向>

<本人の病気の受け止め方>

<退院後の生活に関する家族の意向>

<家族の病気の受け止め方>

<医療機関からの新規・追加サービスの提案>

- 訪問介護  訪問入浴  訪問看護  訪問リハビリ  通所介護  
 通所リハビリ  福祉用具→  住宅改修→  
 短期入所  配食サービス  居宅療養管理指導  入院前と同様のサービス  
 その他・備考：

退院日 (※必須) :  
 カンファレンス予定日 :  
 家屋評価予定日 :

次回受診予定日 :  
 診療科目 :  
 担当医 :

医療機関名

TEL

FAX

所在地

〒

恵庭市

担当医師

担当者