

該当項目に☑または○印
※Excel版はプルダウンで項目を選択できる仕様になっています

御中 作成日

ふりがな _____

氏名 _____ 様 性別 _____ 生年月日 _____

住所 _____

TEL① 固定電話 _____

TEL② 携帯番号も（わかれば） _____

住居 戸建 集合住宅

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>

<既往歴>

生年月日

M：明治 T：大正 S：昭和

※Excel版は生年月日を入力すると年齢が自動計算されます

<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 胃ろう
- 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
- 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
- 視力障害 聴覚障害 言語障害
- 摂食嚥下障害 栄養障害

栄養・食生活の留意点：【 _____ 】

わからない所を無理に埋める必要はありません
現時点でわかる情報をできるだけ記載しましょう

<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 _____

トイレ、ポータブル、オムツ、パットの使用の有無や日中と夜間で方法が違う場合はそれぞれ記入します

◆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【 _____ 】

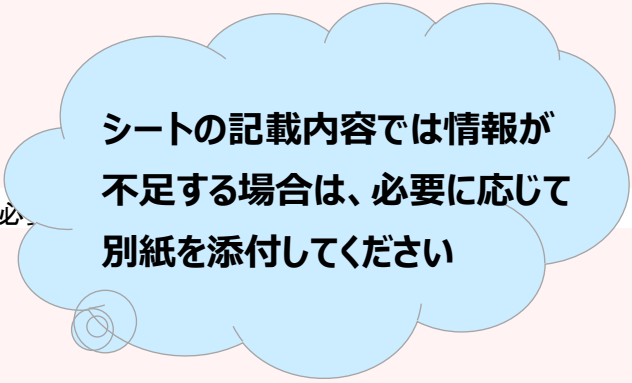
<精神・神経症状>

- ◆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>

<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 _____