

ふりがな	年齢	生年月日	性別	職業
患者氏名	歳	大正 昭和 平成 年 月 日	男・女	
住所	電話番号			
病室の種類(税込)	1: 個室 6600円 / 8800円 / 16500円 3: 4人部屋 差額代なし / 1100円 / 2200円		2: 2人部屋 3300円	
保険情報 *必須	国保(1割・2割・3割)・高齢(前期・後期 / 1割・2割・3割)・社会保険・自賠(一括・健保)・労災 ※限度額適用認定証 有(区分)・無 生活保護(担当者: 連絡先:) ※限度額区分の確認をお願い致します。 介護保険: 無(未申請)・申請中(新規・変更・更新)・有(要支援) (要介護)・担当CM 身体障害者手帳: 無・有(級) 疾患名()			

患者様の現在の状況

食事	経口摂取: 自立・一部介助・全介助 制限: 無 有 (Kcal 塩分 g) 食形態(主食: 副菜:) トロミ: 無 有 その他(食物アレルギー) 経管栄養: 胃瘻(栄養剤 朝: ml 昼: ml 夜: ml) (水分量 朝: ml 昼: ml 夜: ml)
排泄	自立・一部介助・全介助・オムツ・バルンカテーテル・ストマ・ウロストミー
入浴	自立・一部介助・全介助
睡眠	良眠・不眠 内服薬()

看護必要度B(日常生活機能評価表)	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	/
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	/
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	/
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	介助なし	一部介助	全介助
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	/
口腔清潔	介助なし	介助あり	/
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意志伝達	できる	出来る時と出来ない時がある	できない
診療療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/
危険行動	ない	ある	/

コミュニケーション状況

認知症	無・有(物忘れ程度・暴言・徘徊・独語・危険行為・その他)
会話	可能・困難・不可
抑制	無・有(安全ベルト・ミトン・他) センサー利用: 無・有()

医療処置状況

気管切開	無・有(カニューレ種類: サイズ:)	吸引: 無・有(回数 回/日)
酸素()l/min	創傷処置: 無・有(部位・処置内容)	
感染症	無・有(MRSA HBs・HCV・緑膿菌・ワ氏・ESBL)	検体:(痰・便・尿・血液・他)

その他

主介護者又はキーパーソン:

現時点での回復期退院後の予定: 自宅・介護保険施設・療養型病院 申し込み: 無・有()

パス: 無・有 備考: