

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	身長 cm 体重 kg
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		
	※大部屋が満床の場合は差額部屋にご案内させていただくこともあります。 ※差額部屋には、リハビリ着・パジャマ・タオル類・テレビ視聴料・冷蔵庫が含まれております。				
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() 医療受給者証: 無・有(重心・難病)				
患者様の現在の状況					
床上安静指示	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				
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()				
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 二次性骨折予防管理料算定: 無・有					
記入者	記載日: 年 月 日			2023年9月版	