

入院相談票

対象者	ふりがな			
	患者氏名			
	生年月日	T・S・H	年 月 日 歳	男・女
	住 所		TEL	
保護者	氏 名		続柄	
	住 所		TEL	
	氏 名		続柄	
	住 所		TEL	
紹介元医療機関	機 関 名		TEL	
	紹介元担当者名	医師名:		看護師名:
	備 考			
病名・合併症			薬・他	
入院目的	<input type="checkbox"/> 看取り <input type="checkbox"/> 長期療養 <input type="checkbox"/> 施設待機 <input type="checkbox"/> その他()			
主な既往症	<input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 認知症			
	<input type="checkbox"/> がん() <input type="checkbox"/> その他()			
感染症	<input type="checkbox"/> MRSA (検体:) <input type="checkbox"/> T.B			
	<input type="checkbox"/> HBs抗原 <input type="checkbox"/> HCV抗体 <input type="checkbox"/> 梅毒			
	<input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> その他()			
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
医学管理	<input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> ペースメーカーR=() <input type="checkbox"/> その他			
	酸素 <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (ℓ/mi) SpO ₂ = ()%			
処置	<input type="checkbox"/> 吸痰(回位) 気管切開 <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (カニューレ 号・ミニトラック)			
	褥創 <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり(部位 処置)			
排泄	オムツ使用 <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり BT <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり(Fr)最終交換日(月 日)			
身長・体重	身長()cm 体重()kg			
現在の症状	麻痺	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (右 ・ 左 / 上肢 ・ 下肢)		
	言語障害	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり 意志疎通 <input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 不可能		
	ADL	<input type="checkbox"/> B1(自力で車いすに移乗) <input type="checkbox"/> B2(介助で車いすに移乗)		
		<input type="checkbox"/> C1(自力で寝返り可) <input type="checkbox"/> C2(自力で寝返り不可) <input type="checkbox"/> その他		
	身体拘束	<input type="checkbox"/> なし ・ あり <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 介護つなぎ <input type="checkbox"/> 体幹ベルト <input type="checkbox"/> 上肢抑制		
	栄養	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> とろみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 全介助 嚥下障害 <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり 経管栄養 <input type="checkbox"/> なし ・ あり <input type="checkbox"/> PEG(種類 Fr) <input type="checkbox"/> NG (Fr) (品名: kcal) 水分(ml)		
介護保険	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり 介護度()		備 考	
施設申し込み	月 日 施設名()			
	月 日 施設名()			