

患者情報シート

作成日 令和 年 月 日

所属機関名 担当者名

フリガナ 氏 名		年齢	性別	生年月日	年	月	日
ジェノグラム				社会資源			
保険情報 生活保護(管轄) (ケースワーカー) 介護保険 ☐ 無 ☐ 有 () ☐ 申請中 居宅事業所 () 担当CM () 身障者手帳 ☐ 無 ☐ 有 () 級 障害支援区分 ☐ 無 ☐ 有 () ☐ 申請中 (指定医:)							
KP氏名	(続柄)						
連絡先							
身体状況	酸素	☐ 無 ☐ 有 (lm)	インスリン	☐ 無 ☐ 有			
	気管切開	☐ 無 ☐ 有	BSチェック	☐ 無 ☐ 有			
	吸引	☐ 無 ☐ 有 (頻度:)					
	褥瘡	☐ 無 ☐ 有 (部位:) (サイズ:)	現状の処置 ()				
	感染症	☐ 無 ☐ 有 検査検体 ()					
	☐ HCV ☐ HBV ☐ TDHA ☐ MRSA ☐ CD ☐ ESBL ☐ 結核(疑い含) ☐ 疥癬 ☐ その他 ()						
	アレルギー	☐ 無 ☐ 有 ()					
	身長	体重	身長 cm	体重 kg			
	視覚障害	☐ 無 ☐ 有 ()					
	聴覚障害	☐ 無 ☐ 有 ()					
	言語障害	☐ 無 ☐ 有 ()					
	嚥下障害	☐ 無 ☐ 有 ()					
	麻痺	☐ 無 ☐ 有 部位: ()					
	意思疎通	☐ 良好 ☐ 可 ☐ 不可					
	認知症	☐ 無 ☐ 有					
問題行動	☐ 無 ☐ 有 ()	具体的エピソード ()					
抑制	☐ 無 ☐ 有 ()						
ADL	移動	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー)					
	食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
	種類 () 形態 (主食: 副食:)						
	特記事項 ()						
	摂取量 (割)						
経管栄養 () 注入メニュー ()							
☐ CV ☐ CVポート ☐ PICC ☐ PPN							
排泄 ☐ トイレ (☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 車椅子誘導) ☐ ポータブル便器 ☐ ストマ(☐ 尿 ☐ 便)							
バルーンカテーテル () ☐ Fr ☐ 尿器 ☐ 導尿							
☐ おむつ使用 (☐ 常時 ☐ 夜間のみ ☐ リハパン) 尿意 (☐ 有 ☐ 無) 便意(☐ 有 ☐ 無)							
清潔 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (☐ 一般浴 ☐ シャワー浴 ☐ 特浴 ☐ 清拭)							
リハビリ	☐ 無 ☐ 有 (疾患名:)	起算日:					
DNAR	☐ DNAR (☐ 書面で取れている ☐ 口頭で取れている ☐ 取れていない)						
特記事項							
本人の病識や今後の意向 例: 家に帰りたい、長期入院を希望、病状変化があったときには転院を希望 等							
家族の病識や今後の意向							
本人・家族の当院への要望等							
当院記入欄	患者ID :	連携室担当者	期日	個室希望	☐ 無 ☐ 有	玖珂中央病院	