

患者情報

1/2

フリガナ				性別	家族構成			
氏名				男女				
生年月日		M	T	S	年	月	日生	歳
介護 保険	要介護度	有 要支援 ()						
		無 要介護 ()						
	有効期限	年	月	日から				
		年	月	日まで	Kp:			
現病歴								
現病名								
既往歴		病院		年	月	病名()		
		病院		年	月	病名()		
		病院		年	月	病名()		
感染症 HBs (+ -) HCV (+ -) ワ氏 (+ -) MRSA (+ -) その他 (+ -)				アレルギー 有 無 薬物() 食物() その他()				
薬物依存の既往 (常用薬) 才頃から				嗜好品 タバコ 本/日(才頃から 才まで) 酒(量) /日(才頃から 才まで)				
最終学歴				職歴				
病前性格								
備考								

*薬については薬情添付

身体状況		備考
視力	日常生活に支障 → 有 無	眼鏡（有・無）
聴力	日常生活に支障 → 有 無	補聴器（有・無）
言語	日常生活に支障 → 有 無	
上肢	日常生活に支障 → 有 無	
下肢	日常生活に支障 → 有 無	
皮膚疾患	無 有（病名： _____ 部位： _____ 状況： _____）	
特記事項	身長 _____ cm 体重 _____ kg	

A D L				備考
移動	自立	一部介助	全介助	つたい歩き・杖歩行・介助歩行・いざる・車椅子・歩行器 義歯（有・無）自分で(はずせる・はずせない)
食事	自立	一部介助	全介助	
食事形態				
排泄	自立	一部介助	全介助	(トイレ・ポータブルトイレ・リハビリパンツ・オムツ) (最終排便： _____)
排泄方法				
入浴	自立	一部介助	全介助	(最終入浴： _____)
入浴方法				
着脱衣	自立	一部介助	全介助	
整容	自立	一部介助	全介助	
特記事項				

精神状況				備考
意思疎通	十分通じる	ある程度通じる	ほとんど通じない	
理解力	十分通じる	ある程度通じる	ほとんど通じない	
自立意欲	ある	分からない	ない	
抑うつ	ある	分からない	ない	
幻覚妄想	ある	分からない	ない	
記憶力	日常生活に支障 → 有 無			
睡眠	日常生活に支障 → 有 無			
	眠剤：有 無	寝室： ベッド 畳		
問題行動	日常生活に支障 → 有 無			備考
	せん妄	有 無		
	徘徊	有 無		
	暴言・暴力	有 無		
	不潔行為	有 無		
	転倒・転落の危険性	有 無		

中村病院宛

fax 092(566)5566

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者

施設名

氏名