

フリガナ			性別	住所			
氏名	様		男	生年月日	昭和・平成・令和		
			女		年 月 日	歳	
介護保険	未申請 ・ 申請中（新規・区変） ・ 認定済		介護度（ ）負担割合（ 割）				
	介護申請日（ / ）		認定調査日（ / ）		意見書提出日（ / ）		
	居宅介護支援事業所：		担当ケアマネ：		TEL：（ ） -		
入院前のサービス利用状況：			かかりつけ医：				
年金	未受給・国民年金・厚生年金・障害年金		万円/月	各種手帳 有（ ）・無			
家族構成			今後の方向性 自宅退院・施設入所				
キーパーソン：			続柄：				
身体の状況 現在（ / ）							
移動	歩行（自立・見守り・手引き歩行）		医療行為	NG ・ 胃ろう ・ CV ・ 末梢点滴			
	杖・4点杖・歩行器			気管切開 ・ 酸素（ ℓ ）			
	車椅子（自走・自走不可）			吸引（ 回/日） ・ 吸入（ 回/日）			
移乗	自立・見守り・一部介助・全介助			導尿（ 回/日） ・ バルーン留置（ Fr）			
寝返り	自立・見守り・一部介助・全介助			ストマ			
起居	自立・見守り・一部介助・全介助			部位（ ）			
座位	端座位・背もたれ（自立・介助）			血糖測定（ 回/日）			
立位	自立・見守り・一部介助・全介助			インスリン（朝・昼・夜・寝る前）			
食事	摂取（自立・見守り・一部介助・全介助）			障害	言語障害（失語・構音障害）		
	嚥下（可・見守り・不可）			褥瘡予防	麻痺（右上肢・右下肢・左上肢・左下肢）		
	食事形態：主食（ ） 副食（ ）		エアーマット・体圧分散マット				
	食事の種類：（ 食 ）		褥瘡	その他（ ）			
エネルギー量： kcal		有 ・ 無					
排泄	自立・見守り・一部介助・全介助		認知症	部位：			
	尿意（有・無） 便意（有・無）			処置内容：			
	昼：トイレ・ポータブル・尿器・リハパン・オムツ			有 ・ 無 HDS-R（ 点）			
	夜：トイレ・ポータブル・尿器・リハパン・オムツ			症状：			
更衣	自立・見守り・一部介助・全介助		危険行動	高次脳機能障害：有 ・ 無			
入浴	入浴・シャワー浴・機械浴・清拭			行動内容：			
	自立・見守り・一部介助・全介助						
意思疎通	可能・一部可能・不可能						

当院記入欄

転院日時		当院入口	受入担当者
月 日（ ）	着	正面玄関 病棟に直接案内 外来診察	PHS：
（ 大部屋希望 ・ 個室希望 ）			