

※下記情報は入院中の医療やケアの参考にさせていただきますのでご記入ください。
※最低でもレスパイト入院3日前までに、能代厚生医療センター地域医療連携室までFAXしてください。

連絡先	連絡先①	患者との関係			連絡先②	患者との関係					
		氏名				氏名					
		電話番号(自宅)				電話番号(自宅)					
		電話番号(携帯)				電話番号(携帯)					
既往歴	既往歴①										
	既往歴②										
	既往歴③										
	既往歴④										
	既往歴⑤										
	既往歴⑥										
	既往歴⑦										
	既往歴⑧										
	既往歴⑨										
	既往歴⑩										
福祉	身体障害者手帳	☐ 無 ☐ 1級 ☐ 2級 ☐ 3級 ☐ 4級 ☐ 5級 ☐ 6級									
		肢体不自由	上肢	☐ 1級	☐ 2級	☐ 3級	☐ 4級	☐ 5級	☐ 6級	☐ 7級	
			下肢	☐ 1級	☐ 2級	☐ 3級	☐ 4級	☐ 5級	☐ 6級	☐ 7級	
			体幹	☐ 1級	☐ 2級	☐ 3級	☐ 4級	☐ 5級			
		脳原性		☐ 1級	☐ 2級	☐ 3級	☐ 4級	☐ 5級	☐ 6級		
			上肢	☐ 1級	☐ 2級	☐ 3級	☐ 4級	☐ 5級	☐ 6級	☐ 7級	
			移動	☐ 1級	☐ 2級	☐ 3級	☐ 4級	☐ 5級	☐ 6級	☐ 7級	
		視覚		☐ 1級	☐ 2級	☐ 3級	☐ 4級	☐ 5級	☐ 6級		
		聴覚		☐ 2級	☐ 3級	☐ 4級	☐ 6級				
		言語		☐ 3級	☐ 4級						
		心臓		☐ 1級	☐ 3級	☐ 4級					
	腎臓		☐ 1級	☐ 3級	☐ 4級						
	呼吸器		☐ 1級	☐ 3級	☐ 4級						
	膀胱直腸		☐ 1級	☐ 3級	☐ 4級						
精神保健福祉手帳	☐ 1級 ☐ 2級 ☐ 3級										
療育手帳	☐ A ☐ B ☐ C										
介護保険	現在の介護度	☐ 無 ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5									
	事業所名										
	ケアマネジャー名										
利用している社会サービス内容	☐ 訪問看護 ☐ 訪問介護 ☐ デイケア ☐ ナイトケア ☐ ショートステイ ☐ その他 ☐ デイサービス ☐ 訪問入浴 ☐ 配食サービス ☐ 機能訓練事業 ☐ 地域生活支援センター ☐ 職業リハビリテーション ☐ 福祉用具貸与 ☐ グループホーム										
お薬について	内服薬	☐ なし ☐ あり ※お薬手帳をお持ちください									
	薬剤管理	☐ 自己管理 ☐ 他者による管理(管理者: 管理方法:)									
	服薬状況	☐ 処方どおり服用 ☐ 時々飲み忘れ ☐ 飲み忘れが多い、処方が守れていない									
	お薬に関する特記事項										

かかりつけ 医について	かかりつけ 医機関名		電話番号			
	医師名		診療方法・ 頻度	☐ 受診 頻度 () 回 / 月・週	☐ 訪問診療 () 回 / 月・週	
健康状況	主疾患	1	食事	摂取状況	自立 見守り 一部介助 全介助	
		2		嚥下	自立 見守り できない	
		3		食事形態	主食() 副食() 経腸栄養(種類)	
	麻痺・拘縮	なし 麻痺あり 拘縮あり 部位()		水分摂取	自立 見守り 一部介助 全介助	
	痛み	なし あり 治療中 部位()		口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助	
	褥瘡	なし あり 治療中 部位()		口腔状態	自歯 義歯(上 下 部分)	
	皮膚疾患	なし あり 治療中 部位()		アレルギー	なし あり()	
医療処置 がある場 合記入し てください	喀痰吸引	回/日	排泄	排尿	自立 見守り 一部介助 全介助	
	気管切開	チューブ種類		排便	自立 見守り 一部介助 全介助 下剤使用 なし あり()	
	在宅酸素	業者 リットル/分		尿失禁	なし あり	
	人工呼吸器	業者 設定		便失禁	なし あり	
	人工肛門	パウチ交換頻度 日毎		日中	トイレ ポータブル 尿器 オムツ	
	ウロストミー	パウチ交換頻度 日毎		夜間	トイレ ポータブル 尿器 オムツ	
	腎瘻	挿入部位 右 左		留置 カテーテル 使用	有 無 種類 Fr	
	胃瘻	チューブ種類 Fr	コミュニケーション	視力	問題なし はっきり見えない ほとんど見えない (眼鏡使用 なし あり)	
	腸瘻	チューブ種類 Fr		聴力	問題なし はっきり聞こえない ほとんど聞こえない (眼鏡使用 なし あり)	
	経鼻胃カテーテル	チューブ種類 Fr		言語	問題なし 問題あり()	
	輸液種類			意思疎通	できる 時々できる 困難	
	中心静脈栄養 量			認知と 行動	物忘れ	なし あり (認知症確定診断 あり なし)
	麻薬使用	薬品名 容量			意思決定	できる 特別な場合以外できる できない
	褥瘡処置	部位() 方法()			行動・ 心理状況	抑うつ 不安 興奮 被害的 作話 昼夜逆転 同じ話繰り返す 大声 介護拒否 落ち着きない 収集 独語 徘徊
	褥瘡以外 創傷処置	部位() 方法()	介護力	介護者	氏名 続柄	
	その他			介護者の健康 介護の提供	健康 高齢 病身() 常時 日中のみ 夜間のみ 特記()	
ADL	寝返り	できる 一部介助 全介助	認知と 行動			
	起き上がり	できる 一部介助 全介助				
	座位	できる 一部介助 全介助				
	移乗	できる 一部介助 全介助	介護力			
	入浴	できる 一部介助 全介助				
	室内歩行	できる 一部介助 できない				
	室外歩行	できる 一部介助 できない				
	更衣	できる 一部介助 全介助				
	身だしなみ	できる 一部介助 全介助				
使用機器	車いす 歩行器 杖 電動ベット エアマット					
療養につい ての意向	本人 家族					
その他 伝達事項	※あれば記述		特別な 状況	一人暮らし 日中独居 成年後見 生活保護 ターミナル その他		

記入された方 所属

職種

氏名