

# 入院時間診票

入院日 平成 年 月 曜日 入院時間： 時 分

患者氏名				男 ・ 女	大正・昭和・平成 年 月 日	歳	
				様			
住 所				TEL			
緊急連絡先優先順位	例	藤岡 太郎	続柄：長男	同居・別居	大和町在住	携帯：090-1234-5678	
	①		続柄：	同居・別居		— —	
	②		続柄：	同居・別居		— —	
	③		続柄：	同居・別居		— —	

【入院までの経過】 ※看護師が記入します

病名：

バスタブ : 度 R : 回分 RR : / mmHg

＜バイタル＞ T： 度、 P： 回/分、 BP： / mmHg  
SPO<sub>2</sub>： %  
＜現在の症状・主訴＞

【現在 脳用されているお薬】

【血縁関係にある方で、下記の病気の方がおられますか】

(例：糖尿病 (父、兄) 等)

糖尿病 ( ) 癌 ( ) 高血压 ( )  
脑卒中 ( ) 心疾患 ( ) 肾疾患 ( )  
肝疾患 ( ) 肺疾患 ( ) 血液疾患 ( )

【今までに病気やケガで病院に通院、入院されたことがありますか】

病名	年齢	経過	病院名	現在の状況
		通院・入院・手術		治癒・治療中・放置

(家族構成)

- ・男性は口、女性は○、本人は ◎
- ・亡くなられた方は■・●
- ・同居されている方は本線で用意

**患者氏名 :**

# ADL等把握票

患者氏名：

		現状	特記事項
食事	摂水・摂食動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	嚥下状態	<input type="checkbox"/> トロミあり <input type="checkbox"/> トロミなし   <input type="checkbox"/> ムセあり <input type="checkbox"/> ムセなし	
	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管栄養	
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> 小キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー	
	食欲	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	食事制限	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(内容 )	
嗜好品	アルコール	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 禁酒中 <input type="checkbox"/> 飲む	
	タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 禁煙中 <input type="checkbox"/> 吸う(約 本/日で 約 年間)	
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	手段	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> カテーテル	
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	手段	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> ストマ	
	失禁	<input type="checkbox"/> 常に <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> まれに <input type="checkbox"/> なし	
			最終排便： 月 日
入浴	入浴方法	<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> 特浴(機械浴) <input type="checkbox"/> 清拭	
	洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
着脱	上着の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	下着の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
整容	口腔の清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	洗顔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
移動・移乗	起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらずに可 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可 <input type="checkbox"/> できない	
	座位	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 背もたれがあれば可 <input type="checkbox"/> 手で支えれば可 <input type="checkbox"/> できない	
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらずに可 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可 <input type="checkbox"/> できない	
	歩行	<input type="checkbox"/> つかまらずに可 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可 <input type="checkbox"/> できない	
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	屋内移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
	屋外移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車運転 <input type="checkbox"/> 車同乗	

認知機能・行動等	意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> まれにできる <input type="checkbox"/> できない	
	日常の意思決定	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> 特別な場合を除いてできる <input type="checkbox"/> できない	
	指示への反応	<input type="checkbox"/> 指示が通る <input type="checkbox"/> 時々通じる <input type="checkbox"/> 通じない	
	服薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	金銭の管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	行動障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> その他( )	持込金：あり・なし ¥
認知機能・行動等	身体拘束	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		方法： <input type="checkbox"/> ベッド柵 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 介護衣 <input type="checkbox"/> 安全ベルト <input type="checkbox"/> 抑制帯 <input type="checkbox"/> 薬剤の使用	
		部位： <input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左手 <input type="checkbox"/> 右足 <input type="checkbox"/> 左足 <input type="checkbox"/> 体幹	
睡眠	睡眠状態	<input type="checkbox"/> ぐっすり <input type="checkbox"/> 浅い <input type="checkbox"/> 眠れない	
	眠剤使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容)	
アレルギー	薬アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容)	例：サバ、そば、卵 等
	食品アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容)	
	糸創膏まけ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
輸血	輸血	<input type="checkbox"/> したことがない <input type="checkbox"/> したことがある(いつ)	
	副作用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容)	
持参品	普段使用の物	<input type="checkbox"/> めがね <input type="checkbox"/> 金銭持ち込み <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 補聴器	義歯(上下、上、下、部分、総入れ歯)
	自己管理	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能	
各種障害	言語障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	視覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	聴覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	運動障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

【備考欄】

CSセット： Aプラン · Bプラン · 無  
 紙オムツ： プラン① · プラン② · プラン③ · 無  
 クリーニング： 有 · 無

記入日： 年 月 日 記入者名：