

ご利用者名 _____

ご記入者名 _____

<p>現病名 (発症時期)</p>	<p>既往歴 (発症時期)</p>
<p>かかりつけ医療機関名 (受診形態: 往診・通院) 電話 ()</p> <p>主治医名</p>	<p>感染症 無 ・ 有 (下記に記入) MRSA...部位 (痰 尿 褥創 傷 その他) 緑膿菌...部位 (痰 尿 褥創 傷 その他) その他</p>
<p>介護サービス利用状況</p> <p>訪問介護 回/週 通所介護 回/週 訪問看護 回/週 訪問入浴 回/週 ショートステイ 日位/月 (施設名) その他</p>	<p>医療処置 (あるものに丸をしてください) 気管切開 酸素 (毎分 l) 吸引 (回/日位) インシュリン (朝 単位、昼 単位、夜 単位) 内容 () 自立・介助 (内容) 血糖チェック</p>
<p>家族構成 (図式で) (主介護者: キーパーソン:)</p>	<p>褥創 (部位 大きさ) (処置内容) その他 (処置内容) ※チューブ類の定期交換はできませんのでご了承ください。</p>
<p>身体状況 (わかれば身長 _____ cm・体重 _____ kg) 皮膚状態 発疹・掻痒感等 ()</p> <p>移動 自立 杖歩行 介助歩行 車椅子 寝たきり 転倒 よく転倒する たまに転倒する 転倒しない</p> <p>移乗 自立 見守り 一部介助 全介助 (一人介助・複数介助・その他)</p> <p>立位保持 可 不可 体位変換 可 不可 座位保持 可 (時間 くらい) 不可</p> <p>食事 自立 見守り 一部介助 (内容) 全介助 (時間 分位) 嚥下障害 なし あり 普通食 キザミ パースト その他 () 胃ろう (ホウ式・チューブ式) 経鼻</p> <p>排泄 自立 見守り 一部介助 全介助 (内容) トイレ トイレ オムツ パルソン 導尿 ストマ 膀胱ろう [膀胱洗 回/週] [浣腸 回/週]</p> <p>着脱 自立 見守り 一部介助 全介助 麻痺 四肢 右 左 拘縮 部位 ()</p> <p>入浴 自立 見守り 一部介助 全介助 (一人介助・複数介助・その他)</p>	
<p>コミュニケーション 取れる 取れない ()</p> <p>記憶障害 ほとんどない ・ ある (短期記憶・その他)</p> <p>見当識障害 ほとんどない ・ ある (人 場所 時間 季節 その他)</p> <p>了解度 了解できる あまり了解できない 了解できない (椅子や車椅子から立ち上がろうとしたりベッドからの起き上がろうとすることが 有・無)</p> <p>睡眠 良好 眠剤を使用して良好 たまに目を覚ます よく目を覚ます ほとんど眠らない おおよその睡眠時間 (: ~ :)</p> <p>認知症による周辺症状 (具体的には下記へ) (徘徊 大声 興奮 せん妄 昼夜逆転 介護拒否 異食 不潔行為 収集癖 暴行・暴言 帰宅欲求 独語 等)</p>	
<p>最近の状況及び特記事項 (特に発熱・食欲低下などについてはご記入ください)</p>	
<p>※センター記入 (入準) 前回利用時からの状態 (再利用の方のみ)</p>	