

ID

カルテ入力 済 · 入力予定 令和 年 月 日 記入

## 入院時間診票 患者名

神奈川 太郎

様 86 歳

男

年 月 日

記入

身長： 157 cm 体重： 47 kg 3カ月前の体重： 55 kg

※該当する項目に記入もしくは○で囲み、□にレ点を枠内すべてご記入下さい。※職員記入：下腿長

緊急連絡先	優先	氏名	続柄	電話番号	居住地（市区町村まで）	
	①	病状説明をうける方 神奈川 雅子	妻	(携帯) 090-●●●●-0011 (自宅)	居住地 秦野市新町	
	②	国立 一郎	長男	(携帯) 090-●●●●-2020 (自宅)	居住地 東京都目黒区	

同居家族： 2人暮らし □夫 □妻 □長男 □次男 □長女 □次女 □父 □母 □その他 ( )

別居家族： □子供 ( 長男 次男 三男 長女 次女 三女 )

※存命で連絡取れる方のみ □その他 ( )

施設入居： ( 有 · 無 ) 施設名 ( )

主にお世話をする人： 続柄：

アレルギー： ( 有 · 無 ) 有→【食物： 】【薬： 】【その他： 】

輸血歴： ( 有 · 無 · 不明 )

内服薬： ( 有 · 無 ) お薬手帳持参 ( 有 · 無 ) 薬の管理 ( 本人 · 家族 · 施設 )

かかりつけ医

いつから、どんな症状がありますか

入院することで不安など感じること（ご本人、ご家族、環境など）

## 既往歴（今までにかかった入院歴のある病気、内服をしている病気）

病名： 胃潰瘍 (40)歳 入院 ( 有 · 無 ) 手術 ( 有 · 無 ) 現在 ( 治療中 治癒 )

病名： ( )歳 入院 ( 有 · 無 ) 手術 ( 有 · 無 ) 現在 ( 治療中 · 治癒 )

病名： ( )歳 入院 ( 有 · 無 ) 手術 ( 有 · 無 ) 現在 ( 治療中 · 治癒 )

病名： ( )歳 入院 ( 有 · 無 ) 手術 ( 有 · 無 ) 現在 ( 治療中 · 治癒 )

## 食事について（通常時の状態について記入）

栄養制限	有 ( カロリー 塩分 その他 ) · 無
食欲	( 有 · 無 )
食事形態	主食 ( 米飯 お粥 · ミキサー · 一口大 · ( ) ) 副食 ( 常菜 きざみ · ミキサー · 一口大 · ( ) )
食事動作	□自立 □見守り □一部介助 □全介助
食事調理	□本人 □配偶者 □ヘルパー □配食サービス □その他 ( )
むせ	( 有 · 無 ) とろみ剤使用 ( 有 無 )
胃瘻造設	( 有 無 ) 種類 ( ) 交換日 ( / ) 栄養の種類 ( )
喫煙	今現在 ( 有 · 無 ) 喫煙歴 ( 歳～ 歳 本/日)
飲酒	有 ( ビール・焼酎・日本酒・ワイン・他： ml/日) · 無

睡眠について					
眠れますか ( はい ) · いいえ ) 眠剤の使用 ( 有 (毎日・時々) 薬品名 ( レンドルミン ) 無					
排泄について (通常時の状態について記入)					
排尿回数	8 回/昼間	3 回/夜間	排尿困難 ( 有 ( ) 無 )		
排尿動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
排便回数	1 回/ 日	・最終排便日 12月 10日	下剤使用 ( 有 ( ) 無 )		
排便動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> テープオムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他 :				
人工肛門	( 有 ( ) 無 ) 装具種類 : 交換頻度 : 回/ 日 管理 : 本人 その他( )				
人工透析	( 有 ( ) 無 ) かかりつけ医 ( )			シャント 有 ( 右 · 左 ) · 無	
身体状況について (通常時の状態について記入)					
義歯	有 ( ) 総義歯(上下) · 部分義歯 上: 前左右 · 下: 前左右 ) · 無 インプラント ( 有 ( ) 無 ) 義歯持参 ( あり ( ) なし )				
難聴	有 ( 右 · 左 ) 無 ) 補聴器 : 有 ( 右 · 左 ) · 無 持参 ( あり ( ) なし )				
義歯補聴器管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
視力障害	有 ( 右 · 左 ) · 無	眼鏡使用 : ( 有 ( ) 無 )	コンタクト : ( 有 ( ) 無 )		
麻痺	有 : 部位 ( ) · 無	認知症状 : ( 有 ( ) 無 )			
障害認定	身体障害 ( ) 級 · 療育 ( ) 級 · 精神 ( ) 級 · 難病 ( ) · その他 ( )				
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
平地歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 独歩 <input checked="" type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 全介助				
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
今までに床ずれができたことはありますか ( ある ( ) ない ) ある場合 部位 : ( )					
今までに転倒したことはありますか ( ある ( ) ない )					
その他・備考					
住居環境 : <input type="checkbox"/> 戸建 主な生活環境の場 階 <input type="checkbox"/> 集合住宅 居住 階 エレベーター ( 有 ( ) 無 )					
福祉用具 : <input type="checkbox"/> 介護ベッド <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> その他 ( )					
入院時の退院先希望 : 自宅 (日中独居 日中介助者あり) · 施設 · その他 ( )					
宗教信仰 : ( 有 ( ) 無 )			介護度	要支援 1 · 2	
介護認定 : ( 有 ( ) 無 ) 申請中 ( / )				要介護 1 · 2 · 3 · 4 · 5	
事業所名 :			担当ケアマネージャー :		
利用状況	サービス内容	利用回数			事業所名
<input type="checkbox"/>	デイサービス	( )	週間に ( ) 回 ( ) 曜日		
<input type="checkbox"/>	ショートステイ	( )	週間に ( ) 回 ( ) 曜日		
<input type="checkbox"/>	訪問看護	( )	週間に ( ) 回 ( ) 曜日		
<input type="checkbox"/>	ヘルパー	( )	週間に ( ) 回 ( ) 曜日		
<input type="checkbox"/>	訪問診療	( )	週間に ( ) 回 ( ) 曜日		
<input type="checkbox"/>	( )	( )	週間に ( ) 回 ( ) 曜日		