

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	・	女
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	妻	(携帯) 090-●●●●-0011	居住地	秦野市新町
		神奈川 雅子		(自宅)		
	②	国立 一郎	長男	(携帯) 090-●●●●-2020	居住地	東京都目黒区
(自宅)						

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事 (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	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
食事調理	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> その他 ( )
むせ	( 有 ・ 無 ) ころみ剤使用 ( 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 日中介護者あり)・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	