

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

様 歳 男 · 女

身長 : cm 体重 : kg 3カ月前の体重 : 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		(携帯) ----- (自宅)	居住地	
	②			(携帯) ----- (自宅)	居住地	

同居家族 : 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 : ()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 () 無				
排泄について (通常時の状態について記入)				
排尿回数	回/昼間	回/夜間	排尿困難 (有 ・ 無)	
排尿動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
排便回数	回/ 日	・最終排便日 月 日	下剤使用 (有 ・ 無)	
排便動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input 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 ()	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input 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 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 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		