

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)	居住地	
				(自宅)		
	②			(携帯)	居住地	
(自宅)						

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：

（）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

・（

）

）

食事動作

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 () 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	