

基礎情報収集用紙

医療法人明倫会

家族記入欄の項目の記入をお願いします

患者氏名 () 記入者氏名 () 続柄 ()

	家族記入欄					看護師記入欄		
家族構成	家族構成					<div><input type="checkbox"/>確認</div> <div>キーパーソン：</div> <div>本人との関係：</div> <div>本人</div>		
	例)	続柄	性別	同居/別居	居住地			
		長男	男	同居	神戸市東灘区			
連絡先	<div><input type="checkbox"/>確認</div>							
		氏名	続柄	TEL昼間（連絡可能時間）	TEL夜間（連絡可能時間）	来院までの所要時間		
	1			自宅・携帯・その他（ ）	自宅・携帯・その他（ ）			
				時～ 時	時～ 時			
	2			自宅・携帯・その他（ ）	自宅・携帯・その他（ ）			
				時～ 時	時～ 時			
	3			自宅・携帯・その他（ ）	自宅・携帯・その他（ ）			
				時～ 時	時～ 時			
	体身長	身長： 体重：					<div><input type="checkbox"/>確認</div>	
	既往歴	年齢又は年	病名	治療内容	医療機関名	<div><input type="checkbox"/>確認</div> <div>入院時バイタルサイン</div> <div>T： P： Bp：</div> <div>R： SPO2：</div>		

アレルギー	薬剤	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	食品	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 確認
	薬品名（ ）			食品（ ）			
	症状（ ）			症状（ ）			
	薬品名（ ）			食品（ ）			
	症状（ ）			症状（ ）			
	薬品名（ ）			食品（ ）			
症状（ ）			症状（ ）				
入院経過までの							<input type="checkbox"/> 確認
病気に	現在の症状： 病気の受け止め：						<input type="checkbox"/> 確認
入院前療養場所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 施設・病院名（ ）						<input type="checkbox"/> 確認
退院先	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他（ ） 在宅療養上での負担： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容 ）						<input type="checkbox"/> 確認
介護保険情報等	介護保険申請： <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 見直し 介護度：要支援（ ） 要介護（ ） 有効期限：____年____月____日 介護支援事業所名（ ） 担当ケアマネージャー（ ） 介護保険で受けているサービス <input type="checkbox"/> 訪問看護（ ）回/週 <input type="checkbox"/> 訪問介護（ ）回/週 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ（ ）回/週 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ（ ）回/月 <input type="checkbox"/> デイサービス（ ）回/週 <input type="checkbox"/> デイケア（ ）回/週 <input type="checkbox"/> ショートステイ（ ）回/月 かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病院名（ ） 医師名（ ） 身体障害者手帳： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）種（ ）級 障害支援区分（ ） 特定疾患： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）						<input type="checkbox"/> 確認
持参薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						<input type="checkbox"/> 確認

食事・栄養等	嚥下障害：□無 □有 食事形態：□常食（□米飯 □お粥）□一口大 □きざみ □ミキサー □とろみ □経口以外の栄養方法（□経管栄養 □静脈栄養） 入れ歯：□無 □有（□上の歯 □取り外し可） （□下の歯 □取り外し可） 食欲：□有 □無 嗜好：（好きな食べ物 ） （嫌いな食べ物 ） 飲酒の習慣：□無 □有（ 本/日）□ビール □日本酒 □ウイスキー □焼酎 □その他（ ） 喫煙の習慣：□無 □有（ 本/日 喫煙歴： 年）	□確認 ・経管栄養の場合 胃瘻/経鼻経管/空腸瘻 詳細： ・点滴 末梢/CVC/PICC/ポート 詳細：
清潔・身だしなみ	皮膚の状態：□正常 □異常（□蒼白 □紅潮 □黄染 □湿潤 □乾燥 □チアノーゼ □浮腫 □発疹） 床ずれや傷：□無 □有（部位： ） 聴力の問題：□無 □有（□左 □右） 補聴器の使用：□無 □有（□左 □右） 視力の問題：□無 □有（□左 □右） □眼鏡 □コンタクトレンズ □義眼（□左 □右） 着替え：□介助なし □介助あり 入浴：□自立 □介助あり（介助方法： ） 入浴回数： 回/週	□確認 ・皮膚異常有の場合 詳細：
排泄	尿回数： _____回/日（夜間 _____回/日） 排尿方法：□自然排尿 □尿の管 □おむつ □ポータブルトイレ □ストーマ □導尿 排尿の関連症状：□無 □有（症状： ） 便回数： _____回/日 排便方法：□自然排便 □ストーマ □下剤（薬剤名： ）	□確認 詳細： 詳細：
体位・姿勢	活動状況：□歩行可能 □寝たきり □つたい歩き □杖（使用本数 本） □手押し車 □車椅子 見守りや介助の必要性：□不要 □要 一か月以内の転倒：□無 □有 麻痺：□無 □有（部位： ） 危険行動：□無 □有（内容： ）	□確認 日常生活機能評価： 点
休息眠	睡眠時間：（ 時間） 睡眠薬の服用：□無 □有（薬剤名： ）	□確認
コミュニケーション	言葉の障害：□無 □有（内容： ） コミュニケーション方法：□会話 □ボード □筆談 □手話 □ジェスチャー □その他	□確認 長谷川式： 点
仕事	発症前の職業：（ ） 現在の職業：（ ）	□確認

