

記入年月日 年 月 日 (様式4)

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（ ）

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 ()			
入院までの経過			<input type="checkbox"/> 確認	
つ病い気てに	現在の症状： 病気の受け止め：		<input type="checkbox"/> 確認	
場所の入院前	<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
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 確認

食事・栄養等	<p>嚥下障害：<input type="checkbox"/>無 <input checked="" type="checkbox"/>有</p> <p>食事形態：<input type="checkbox"/>常食 (<input type="checkbox"/>米飯 <input type="checkbox"/>お粥) <input type="checkbox"/>一口大 <input type="checkbox"/>きざみ <input type="checkbox"/>ミキサー <input type="checkbox"/>とろみ</p> <p><input type="checkbox"/>経口以外の栄養方法 (<input type="checkbox"/>経管栄養 <input type="checkbox"/>静脈栄養)</p> <p>入れ歯：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (<input type="checkbox"/>上の歯 <input type="checkbox"/>取り外し可) (<input type="checkbox"/>下の歯 <input type="checkbox"/>取り外し可)</p> <p>食欲：<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>嗜好：(好きな食べ物) (嫌いな食べ物)</p> <p>飲酒の習慣：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (本/日) <input type="checkbox"/>ビール <input type="checkbox"/>日本酒 <input type="checkbox"/>ウイスキー <input type="checkbox"/>焼酎 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>喫煙の習慣：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (本/日 喫煙歴： 年)</p>	<input type="checkbox"/> 確認 <p>・ 経管栄養の場合 胃瘻/経鼻経管/空腸瘻</p> <p>詳細：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・点滴 <p>末梢/CVC/PICC/ポート</p> <p>詳細：</p>
	<p>皮膚の状態：<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>異常 (<input type="checkbox"/>蒼白 <input type="checkbox"/>紅潮 <input type="checkbox"/>黄染 <input type="checkbox"/>湿潤 <input type="checkbox"/>乾燥 <input type="checkbox"/>チアノーゼ <input type="checkbox"/>浮腫 <input type="checkbox"/>発疹)</p> <p>床ずれや傷：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (部位：)</p> <p>聴力の問題：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (<input type="checkbox"/>左 <input type="checkbox"/>右)</p> <p>補聴器の使用：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (<input type="checkbox"/>左 <input type="checkbox"/>右)</p> <p>視力の問題：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (<input type="checkbox"/>左 <input type="checkbox"/>右) <input type="checkbox"/>眼鏡 <input type="checkbox"/>コンタクトレンズ <input type="checkbox"/>義眼 (<input type="checkbox"/>左 <input type="checkbox"/>右)</p> <p>着替え：<input type="checkbox"/>介助なし <input type="checkbox"/>介助あり</p> <p>入浴：<input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>介助あり (介助方法：) 入浴回数： 回/週</p>	<input type="checkbox"/> 確認 <p>・ 皮膚異常有の場合</p> <p>詳細：</p>
	<p>尿回数： ___回/日 (夜間 回/日)</p> <p>排尿方法：<input type="checkbox"/>自然排尿 <input type="checkbox"/>尿の管 <input type="checkbox"/>おむつ <input type="checkbox"/>ポータブルトイレ <input type="checkbox"/>ストーマ <input type="checkbox"/>導尿</p> <p>排尿の関連症状：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (症状：)</p> <p>便回数： ___回/日</p> <p>排便方法：<input type="checkbox"/>自然排便 <input type="checkbox"/>ストーマ <input type="checkbox"/>下剤 (薬剤名：)</p>	<input type="checkbox"/> 確認 <p>詳細：</p> <p>詳細：</p>
	<p>活動状況：<input type="checkbox"/>歩行可能 <input type="checkbox"/>寝たきり <input type="checkbox"/>つたい歩き <input type="checkbox"/>杖 (使用本数 本) <input type="checkbox"/>手押し車 <input type="checkbox"/>車椅子</p> <p>見守りや介助の必要性：<input type="checkbox"/>不要 <input type="checkbox"/>要</p> <p>一か月以内の転倒：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p> <p>麻痺：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (部位：)</p> <p>危険行動：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (内容：)</p>	<input type="checkbox"/> 確認 <p>日常生活機能評価： 点</p>
	<p>睡眠時間： (時間)</p> <p>睡眠薬の服用：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (薬剤名：)</p>	<input type="checkbox"/> 確認
	<p>言葉の障害：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (内容：)</p> <p>コミュニケーション方法：<input type="checkbox"/>会話 <input type="checkbox"/>ボード <input type="checkbox"/>筆談 <input type="checkbox"/>手話 <input type="checkbox"/>ジェスチャー <input type="checkbox"/>その他</p>	<input type="checkbox"/> 確認 <p>長谷川式： 点</p>
仕事	<p>発症前の職業： ()</p> <p>現在の職業： ()</p>	<input type="checkbox"/> 確認

エ レ シ ク ヨ リ ン	趣味・楽しみ：	<input type="checkbox"/> 確認
信 仰	信仰する宗教： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 宗教上の生活習慣： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容：)	<input type="checkbox"/> 確認
事 特 項 記	入院生活にあたり心配なことやご要望等あればご記入ください	<input type="checkbox"/> 確認

2023.7作成 2024.1改訂