

患者状況票

御殿場かいせい病院 入院審査用

※ 診療情報提供書と一緒に提出いただく様、お願い致します。

また、上記以外に検査資料・X-P等がございましたら、写しを添付下さい。 記入日 平成 年 月 日

患者氏名	記入者氏名	職種
◆病状に関する患者・家族への説明 (今後も含め、必ずご記入をお願い致します)		◆日常生活の自立度等について 障害の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症の日常生活自立度(認知度) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
◆公的援助状況 ※診断書の写しを入院の際ご用意下さい。 ① 難病認定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (受給者証取得・申請中) (指定難病名) ② 障害手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳取得・申請中) (種類・等級) ③ その他()		◆身体の状況 ① 四肢欠損 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位) ② 麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位) ③ 筋力低下 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位・程度) ④ 褥瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位) (大きさ cm × (深さ cm) ⑤ 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位・程度) ⑥ 言語障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [発声不能・発声出来るが意味不明・会話出来るが聞き取り難い] ⑦ 浮腫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位) ⑧ 視力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (右・左)[白内障・緑内障・その他()] ⑨ 聴力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (右・左)[聞こえない・補聴器装着で聞こえる・大きな声なら聞こえる] ⑩ 意識障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (JCS 点) または (GCS 点) ⑪ その他()
◆食事内容 アレルギー; <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 常食・お粥[全粥・分粥]・キザミ・ミキサー 鼻腔栄養・胃瘻栄養 その他() 【内容等】(治療食等)		◆血液検査 (検査日 年 月 日実施) ① 白血球 () ⑦ GOT () ⑬ K () ② 赤血球 () ⑧ GPT () ⑭ C I () ③ ヘモグロビン () ⑨ r-GTP () ⑮ BUN () ④ 血小板 () ⑩ クレアチニン () ⑯ 血糖 () ⑤ 総蛋白 () ⑪ CRP () ⑰ HbA1C () ⑥ アルブミン () ⑫ N a ()
◆精神・神経症状等の有無 (認知症及び認知度不明も含む) <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> うつ状態 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶力低下 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 夜間逆転 <input type="checkbox"/> 介護者への抵抗 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> その他()		◆感染症(結果と検査日) ① MRSA(+・-) 月 日 ② 緑膿菌(+・-) 月 日 ③ HBs抗原(+・-) 月 日 ④ HCV(+・-) 月 日 ⑤ HIV(+・-) 月 日 ⑥ TPHA(+・-) 月 日
◆日常生活動作 《歩行》 可能 ・ 一部介助 ・ 不能 杖 ・ 歩行器 ・ 装具 / 車椅子 《自立・介助》 《排泄》【昼間】 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (尿器 ・ ポータブルトイレ ・ オムツ) 【夜】 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (尿器 ・ ポータブルトイレ ・ オムツ) 《食事》 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 《入浴》 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 [一般浴 ・ 機械浴] 《着脱衣》 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 《コミュニケーション》 (可 ・ 不可)		◆医療機器の使用 (無 ・ 有) <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (設定) <input type="checkbox"/> TPN(IVH) <input type="checkbox"/> その他() 【備考】(吸引の場合1日の回数・酸素の場合は量など)