

老人生活情報提供書〔医療機関・施設用〕

(□はレ点でお願いします)

ふりがな			男女	生年月日	□明 □大 □昭	年 月 日
氏名				年齢		(歳)
住所	電話 ()					
入院日;	年 月 日	回リハ転棟日;	年 月 日	地域包括ケア病棟算定開始日;	年 月 日	
介護保険	□新規申請中 □変更申請中 □要支援 (1・2) □要介護 (1・2・3・4・5)					
身長;	cm	体重;	kg (測定日 月 日)	血圧;	/	mmHg
身体障害者手帳;	□無 □申請中 □有 等級 (級) 障害名 ()					
移動	□独歩 □伝い歩き □杖 (1点・4点)		主訴			
	□シルバーカー □歩行器		性格			
食事	□車椅子 [自力駆動 可・不可]		認知症			
	□自立 □一部介助 □全介助		□無 □有 (□軽度 □中等度 □重度)			
	・摂食嚥下障害 □有 □無		□徘徊 □被害妄想 □暴言・暴行			
	・形態 主食 () 副食 ()		□昼夜逆転 □帰宅願望 □介護に抵抗			
・水分のとりみ □要 □不要		□その他 ()				
・摂取状況 主食 (割) 副食 (割)		障害				
・栄養補助食品 □無 □有 ()		麻痺 □無 □有 (部位;)				
・禁止食品 □無 □有 ()		(運動) □失行 □失認 □その他 ()				
・アレルギー □無 □有 ()		(聴覚) □無 □やや有 □有 (補聴器 □無 □有)				
□鼻腔 □胃瘻 □腸瘻		(視覚) □無 □やや有 □有				
・経管栄養 (内容		(言語) □無 □やや有 □有				
・摂取量 朝 ml 昼 ml 夜 ml		褥瘡				
・白湯 朝 ml 昼 ml 夜 ml		□無 □有				
・付加食塩 (g/日)		部位及び大きさ ()				
総エネルギー (kcal)		治療内容 ()				
総たんぱく質 (g 塩分 (g)		アレルギー				
		□薬物 ()				
		□その他 ()				
		使用器具				
		□吸引器 □その他 ()				
		リハビリ				
		□未実施 □実施 ※別紙添付可				
		担当; PT OT ST				
		内容;				
		補装具; (□無 □有)				
		リハビリゴール;				
		主介護者 氏名; 続柄				
		連絡先; 自宅電話 (- -)				
		携帯電話 (- -)				
		勤務先電話 (- -)				
特記事項						

以上のとおり報告いたします。

令和 年 月 日

宮崎江南病院附属介護老人保健施設

医療機関・施設名

看護師長 行

看護師・介護士

印