

フリガナ		男女	M T S H	年	月	日(歳)
氏名						
住所	TEL ()					
医療保険	社保	国保	後期高齢	生保	労災	自賠 其他()
キーパーソン	氏名	続柄				
	住所	TEL ()				
既往歴						

〈対象となる原因疾患〉	
発症(年 月 日)手術(年 月 日)	
合併症	
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎不全
<input type="checkbox"/> リウマチ	<input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 感染症()
<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> その他()
障害の状況	
<input type="checkbox"/> 意識障害(JCS)	
<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 関節拘縮 <input type="checkbox"/> 運動麻痺	
<input type="checkbox"/> 認知症 (意思疎通 可・不可)	
<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 (失認・失行・失語)	
<input type="checkbox"/> 嚥下障害 (鼻腔・胃瘻・腸瘻)	
<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他()	

基本動作	非実施	全介助	介助	監視	自立	備考
起居動作						
座位保持						
立位保持						
移乗動作						
車椅子						
平行棒						
歩行器						
杖						
トイレ動作						
更衣・整容						
入浴						
食事						

月 日現在の状況	
退院見込日数	()日
リハビリ算定状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (単位/週)
一般病棟用重症、医療・看護必要度(A項目)	()点 得点項目()

※リハビリを実施している場合は、治療処置内容欄に詳細をご記入ください

地域包括ケア病棟へ直接転院を希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
------------------	---

※直接転院をご希望の場合、転院直前に再度血液データ等をご依頼する場合があります

食事内容	
<input type="checkbox"/> 経口	形態 主食() 副食() 総エネルギー (kcal/日)
	摂取状況 主食(割) 副食(割) 総たんぱく質 (g)
	栄養補助食品 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 塩分 (g)
<input type="checkbox"/> 経管	経管栄養 (種類) kcal/日
	注入量 (朝 ml 昼 ml 夕 ml)

排泄	
<input type="checkbox"/> 失禁 (尿・便)	<input type="checkbox"/> オムツ
<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル	<input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> ストーマ

血压 / mmHg	脈拍 /min		
血液検査結果 (検査日 年 月 日)			
WBC /mm ³	Glu mg/dl	T-Bil mg/dl	TG mg/dl
RBC 万/mm ³	BUN mg/dl	GOT IU/L	CRP mg/dl
Hb g/dl	Cr mg/dl	GPT IU/L	Hbs/Ag <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
Hct %	Na mEq/L	LDH IU/L	HCV/Ag <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
Plt 万/mm ³	K mEq/L	Ch-E ΔPH	STS <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
TP g/dl	Alb g/dl	T-Cho mg/dl	MRSA <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
(その他の異常)			

