

初回 地域包括ケア病棟 レスパイト入院情報シート

* 初回と状態変化時に記載してください

フリガナ 患者氏名		性別		生年月日	年	月	日		
住所				電話番号					
家族代表	続柄()			連絡先	()				
主病名									
かかりつけ医療機関	担当医師()								
ケアプラン作成者	事業所名						担当者名()		
他医療機関の 地域包括ケア病棟 の利用	<input type="radio"/> 無	医療機関名							
	<input type="radio"/> 有	最終利用期間	年	月	日	～	年	月	日
		総利用日数	日間						
医療処置	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> NIPPV <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> 点滴・注射 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 経管栄養() <input type="checkbox"/> その他()								
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
	食事内容	主食()			副食()		とろみ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他 ()								
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(自走・介助) <input type="checkbox"/> ストレッチャー								
障害高齢者の生活自立度	<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								
認知症高齢者の日常生活自立度	<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"/> V								
不穩	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有								
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居家族あり <input type="checkbox"/> その他 ()								
認定・手帳等	要介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (認定区分)					<input type="checkbox"/> 申請中		
	障害手帳	<input type="radio"/> 無	障害種類	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的					
		<input type="radio"/> 有	障害等級	種		級			
			障害支援区分						
難病法等受給者証									
利用サービス	<input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> その他 ()								
備考									