

患者情報提供票

患者氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- 移動 ストレッチャー ・ 車いす（自走・介助） ・ 歩行器 ・ シルバーカー
杖歩行 ・ 自力歩行
- 移乗 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
- 食事 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 経管（経鼻・胃瘻・腸瘻） ・
形態（常食 ・ キザミ ・ ミキサー ・ ソフト食 ・ _____）
- 義歯 無 ・ 有
- 排泄 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 / 尿意（有 ・ 無） 便意（有 ・ 無）
トイレ ・ P-トイレ ・ 紙パンツ ・ 紙おむつ ・ バルン留置 ・ 間歇導尿
- 意思疎通 可 ・ あいまい ・ 不可 ※JCSスケール（ _____ ）
- 言語障害 無 ・ 有
- 聴覚障害 無 ・ 有 （補聴器 無 ・ 有）
- 視覚障害 無 ・ 有
- 認知症 無 ・ 有
周辺症状 : 記憶障害 ・ 見当識障害 ・ 徘徊 ・ 夜間不穏 ・ 不潔行為 ・ 暴力行為
せん妄 ・ 暴言 ・ 大声 ・ 独語
その他（ _____ ）
- 障害高齢者の日常生活自立度 : 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
- 認知症高齢者の日常生活自立度: 自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M

-
- 医療処置等 人工呼吸器 ・ 酸素（ _____ 〇/分） ・ ドレーン（胸腹腔 洗浄）
気管切開 ・ IVH ・ 24時間持続点滴 ・ 疼痛管理
喀痰吸引（ _____ 回/日） ・ 血糖測定（ _____ 回/日 ・ _____ 日/週）
褥瘡（部位 _____ 処置 _____ ）
ストーマ ・ 点滴 ・ 内服 ・ その他（ _____ ）
 - 皮膚疾患 無 ・ 有（ _____ ）
 - 感染症 無 ・ 有（ _____ ）
 - 医師からの説明内容・本人家族の意向（栄養摂取や延命処置についてなど）

[_____]

施設名 _____ 病棟 _____

記入者: _____ 所属: _____ 記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日