

浅井病院 地域包括ケア病棟連携シート

患者氏名		性別	男・女	身長	cm	体重	kg				
病名				発症日	年 月 日	入院日	年 月 日				
既往歴	(治療中の病名は○をつけてください)										
医療処置	点滴・CV・酸素(ℓ カニューレ・マスク)・胃ろう・鼻管・吸引(1日 回程度)・気管切開・ペースメーカー・インシュリン										
内服薬	薬情・お薬手帳コピーでも可										
感染症	HBs(+ ・ -) HCV(+ ・ -) MRSA(+ ・ -) 咽頭・鼻腔・痰 その他()										
身体・ 精神状況	関節可動域制限	上肢	体幹	下肢	麻痺	□有 □無 部位()					
	筋力低下(MMT)	上肢	体幹	下肢	褥瘡	□有 □無 大きさ・部位()					
	認知症	□あり □なし			HDS-R	/30点 月 日 実施					
	意思疎通	□あり □なし			発語	□あり 明瞭・不明瞭 □なし					
	周辺症状	□大声 □せん妄 □暴力 □不潔行為			身体拘束	□あり 4点柵・安全ベルト・体幹抑制・ミトン・つなぎ					
	ナースコール	□押せる □押せない				□なし					
	夜間状況	□良眠 □不眠・昼夜逆転			眠剤使用	□あり □なし					
口腔器官	自菌	□あり □なし			義菌	□有 使用中・現在使用なし □なし					
食事	栄養補給法	□経口 □胃ろう □鼻管 □CV □その他()									
	主食	□並飯 □軟飯 □全粥 □パン □ペースト状 □その他()									
	副食	□並菜 □軟菜 □キザミ □一口 □ペースト状 □その他()									
	水分	□とろみなし □コップで飲める硬さのとろみ □スプーンですくう硬さのとろみ									
	捕食	□有() □無									
	食事量	□普通 □1/2人前 □少量 □数口									
	摂食方法	□自力 □一部介助 □全介助									
	摂食姿勢	□座位 □角度有()									
	むせ	□あり □なし									
	時間	□早い □普通 □遅い(ためこみ・飲み込まない)									
	嗜好	□甘いもの好き □甘いもの嫌い □不明 □その他()									
	好物	□ □ □									
ADL状況	寝返り	□自立 □一部介助 □全介助			B.I	入院時 /100	転院時 /100				
	起き上がり	□自立 □一部介助 □全介助			整容	□自立 □一部介助 □全介助					
	座位	□自立 □一部介助 □全介助			更衣	□自立 □一部介助 □全介助					
	立ち上がり	□自立 □一部介助 □全介助			移乗	□自立 □一部介助 □全介助					
	立位	□自立 □一部介助 □全介助									
	歩行	□自立 □一部介助 □実施困難 □独歩(フリー・見守り要) □シルバーカー □歩行器 □車いす(自走可・不可)									
	排泄	日中	□自立 □一部介助 □全介助 □バルン				夜間	□自立 □一部介助 □全介助 □バルン			
			尿意	□あり □なし	便意	□あり □なし		尿意	□あり □なし	便意	□あり □なし
			□トイレ □PTイレ □尿器等 □誘導なし					□トイレ □PTイレ □尿器等 □誘導なし			
			□下着 □パット □リハビリ □オムツ					□下着 □パット □リハビリ □オムツ			
入浴	□自立 □一部介助 □全介助			□一般浴 □シャワー □座浴 □機械浴 □未実施							
特記事項											

※未実施項目は空欄で結構です。



送付先: 浅井病院 連携室 稲葉 行 (送信表は不要です。)
FAX: 0475-58-1418

Tel: 0475-58-5000

送付元:

様

FAX:

Tel: