

## 池上総合病院 患者様情報シート

患者様氏名:	様	性別: M・F
生年月日:	M T S H 年 月 日 (才)	
保険種別:	健保・健扶・国保・後高(本人負担 割)・生保・その他( ) 身障 級・介護保険(未・申請中・要支援 1 2・要介護 )	

麻痺	なし・四肢麻痺・片麻痺(右・左)・単麻痺(部位:
意思疎通	問題なし 簡単な従命可 不可
ナーズコール	押せる・押せない
認知症	なし・あり(軽度・中度・重度)
問題行動	なし・あり 徘徊・暴言・不潔行動・昼夜逆転・声出し・その他( )
嚥下障害	なし・あり(状態: )
聴覚障害	なし・あり(全く聞こえない・ほとんど聞こえない・補聴器使用すれば聞こえる)
視覚障害	なし・あり(全く見えない・目の前のものは見える・眼鏡使用)

### ADL情報

食事	自立・自立だが時間を要する・一部介助・全介助 経管栄養(鼻腔・胃瘻) IVH
食形態	主食(米飯・粥・ミキサー・その他〔 副食(常食・きざみ・みじん・ミキサー・その他〔
排泄	自立・一部介助・ポータブルトイレ(介助要・不要) おむつ(日中・夜間・終日・リハパン・尿パット)バルーン ストマ 尿便意(あり・なし・不明)
移動	歩行 自立(杖・伝い歩き・歩行器) 要見守り 不可 車椅子(自走・介助) 移乗(自立・介助)
立位	自立・介助・不能
体動	自立・一部介助・要体交・エアマット使用(あり・なし)
座位保持	可能・背もたれあれば可能・不可能

### 医療行為

気管切開	なし・あり(吸引 回/ 時間)
インシュリン注射	なし・あり( 単位 回/日)
酸素	なし・あり( リットル 鼻カヌレ・マスク)
褥瘡	なし・あり(部位: 大きさ:

### その他特記事項

記入者

職種

記入日: 年 月 日