

患者情報

記入日 年 月 日

患者氏名	ご記入者氏名 (所属)		
生年月日	M・T・S	年 月 日	(歳) 男・女
病名			
拘縮	有・無 (部位)		
麻痺	有・無 (部位)		
褥瘡	有・無 (部位)		
精神障害	有・無 1.記憶障害 2.見当識障害 3.感情失禁 4.夜間せん妄 5.意欲低下 6.不潔行為 7.暴力行為 8.抑鬱状態 9.不穏 10.その他		
徘徊	有・無		
声だし・独語	有・無		
抑制	有・無 1.安心ベルト 2.つなぎ 3.その他()		
言語障害	有・無 1.少し不自由 2.発語不可 3.発語できるが意味がわからない		
視力障害	有・無 1.少し 2.ほとんど 3.まったく見えない (眼鏡 無・有)		
聴力障害	有・無 1.少し 2.ほとんど 3.まったく聞こえない(補聴器 無・有)		
食事	1.経口摂取(自立・一部介助・全介助) 2.経管栄養(鼻腔・胃ろう) 3.その他 嚥下障害 (無・有)		
食事内容	1.常食 2.粥食 3.きざみ食 4.ミキサー食 5.制限食()		
移動	1.独歩 2.杖歩行 3.伝い歩き 4.サークル歩行 5.車椅子 (移乗:自立・介助 操作:自立・介助) 6.寝たきり		
排泄	1.トイレ(自立・介助) 2.ポータブルトイレ(自立・介助) 3.尿器(自立・介助) 4.おむつ 5.リハビリパンツ 6.パルン挿入 7.ストマ (日中 夜間 でご記入をお願いします)		
尿意	有・ときどき・無	便意	有・ときどき・無
立位	1.自立 2.一部介助 3.全介助		
座位	1.自立 2.一部介助 3.全介助		
更衣	1.自立 2.一部介助 3.全介助		
入浴	1.自立 2.一部介助 3.機械浴 4.清拭		
身長	cm		
体重	kg		
その他介護上の注意点を記入ください。			

朝倉病院