

# 浅井病院 地域包括ケア病棟連携シート

平成29年3月改

|         |   |  |                       |                          |       |                            |          |                       |         |    |         |
|---------|---|--|-----------------------|--------------------------|-------|----------------------------|----------|-----------------------|---------|----|---------|
| 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 □一口大 □粗キザミ □キザミ □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                      |                       |                          |       |                            |          |                       |         |    |         |
|         | 補食  | □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)                                   |                       |                          |       |                            |          |                       |         |    |         |
|         | 食器類   | □通常皿 □介助皿 □箸 □普通スプーン □小スプーン                                |                       |                          |       |                            |          |                       |         |    |         |
|         | 嗜好  | □甘いもの好き □甘いもの嫌い □不明 □その他( )                                |                       |                          |       |                            |          |                       |         |    |         |
| 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<br>□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: