

東新潟病院・介護医療院 葉の郷 入院相談受付票①

| | | | | |
|------|--|--------------------|-------------------|---------|
| 記入日: | 年 月 日 | 病院・施設名 | (担当者氏名) | |
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | 年 月 日 歳 |
| 氏名 | | | | |
| 住所 | | TEL | | |
| 診断名 | <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>氏名：イニシャルの記入をお願いします。 住所：番地までは不要です。市町村までご記入ください。</p> </div> | | | |
| 経過 | <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>入院となる経緯や入院中の経過等について簡単にご記入ください。</p> </div> | | | |
| 内服内容 | | | | |
| 医療行為 | DNR 無 ・ 有 | | | |
| | 酸素(ℓ) | 吸引 (回/日(うち夜間: 回)) | | |
| | 血糖測定: 回/日(直近の血糖推移:) | | | |
| | インスリン: 回/日(インスリン内容:) | | | |
| | 固定打ち スケール打ち(指示内容:) | | | |
| | 気管切開(チューブ名、サイズ、交換頻度) | | | |
| | 褥瘡: 無 有 (部位、大きさ、DESIGN-Rの有無:) | | | |
| | (処置内容:) | | | |
| | 褥瘡以外の皮膚処置: 無 有 | | | |
| | (処置内容:) | | | |
| 感染症 | HCV() HBV() HIV() MRSA() ESBL() | | | |
| 麻痺 | 無 有(部位:) | 拘縮 | 無 有(部位:) | |
| 身体拘束 | ミトン(左手 右手 両手) センサーマット 抑制着 4点柵 その他() | | | |
| 認知症状 | 無 有(具体的な症状:) | | | |
| | 意思疎通: 可能 不可能 (具体的に:) | | | |
| 視力 | 見える 見えない 判断できない | 聴力 | 聞こえる 聞こえない 判断できない | |

東新潟病院 ・ 介護医療院 葉の郷 入院相談受付票②

| | | | | |
|--------|--|----|----------------------------------|-------|
| 食事 | 自立 見守り 一部介助 全介助 | | | |
| | 経口・経鼻・胃ろう・腸瘻・点滴・CV | | | |
| | 内容 | | | |
| | 胃瘻タイプ:バンパー・バルーン(次回交換日:) | | とろみ | 有 無 |
| | 経鼻チューブの種類等: | | /サイズ: Fr | アレルギー |
| 身長 | cm | 体重 | kg(/) | |
| 排泄 | 自立 見守り 一部介助 全介助 | | | |
| | トイレ・ポトイレ・尿器・紙パンツ・オムツ・留置カテーテル(留置理由: | | | |
| | 尿意(有 無) 便意(有 無) | | | |
| 移乗移動 | k | | | |
| | 独歩 杖 歩行器 スタンダード車椅子 リクライニング車椅子 ストレッチャー | | | |
| 入浴 | 自立 見守り 一部介助 全介助 (一般浴 特浴 清拭) | | | |
| 更衣 | 自立 見守り 一部介助 全介助 | | | |
| 今後の方向性 | 在宅 施設(申込 有 無 申込施設名:) | | | |
| | 看取り(予後等:) 長期療養 | | | |
| 家族構成 | | | キーパーソン: | |
| | | | 連帯保証人等協力の親族: 有 無 | |
| | | | 成年後見人制度利用 有 無 後見 保佐 補助 (氏名:) | |
| 経済状況 | 年金(/月) 生活保護: 受給 受給なし (担当CW:) | | | |
| | 後期高齢者受給者証(割) 標準負担限度額認定証(区分 I・II) 現役所得(I II) | | | |
| | 国民健康保険者証(割) (区分 ア・イ・ウ・エ・オ) | | | |
| | 障がい者手帳(種別:) (等級: 級) マル障(有 無) | | | |
| | 特定医療受給者証: 無 有 (疾患名:)(上限: 円) | | | |
| 介護保険 | 無 有(介護度:) 担当ケアマネジャー: | | | |
| | サービス利用状況: 寝たきり度: 認知度: | | | |
| その他 | ※医療行為等のほかに、特記すべき内容がありましたらご記入ください。 | | | |

・胃ろう、経鼻チューブについて使用している商品名の記載をお願いいたします。
 ・チューブについては、Dr交換またはNs交換についてもご記入ください。

留置カテーテル留置している理由もわかる範囲でご記入ください。