

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		既往歴		
経過				
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			摂取量
	内容	塩分制限	有 無	提供カロリー kcal/日
	胃瘻タイプ:バンパー・バルーン(次回交換日:)	とろみ	有 無	アレルギー
	経鼻チューブの種類等:		/サイズ: Fr	チューブ交換者 Dr・Ns
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	自立・見守り・一部介助・全介助			
	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				